ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG: PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG: GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 7 | Mittwoch, den 1. April 1931 | 28. Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildung. 28. Jahrg. | Nr. 7 | S. 205—240, Jena, 1. 4. 1931

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" erscheint monatl. 2 mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F." zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: *1) C. F. Boehringer & Soehne, G.m.b.H., Mannheim-Waldhof,* betr. Antineuralgicum comp. *2) Georg Thieme, Verlag, Leipzig,* betr. Ernst Gellhorn, Lehrbuch der allgemeinen Physiologie.

Notizen.

Kongresse der nächsten Zeit.

7.—11. April: Balneolog. Gesellschaft in Ems.
8.—11. April: Dtsch. Ges. f. Chirurgie in Berlin.
9.—10. April: Dtsch. Verein f. Psychiatrie in Breslau.
9.—11. April: Dtsch. Pathol. Ges. in München.
10.—13. April: Anatomische Ges. in Breslau.
12.—16. April: 12. Kongr. f. Psychologie in Hamburg.
13.—16. April: Dtsch. Ges. f. Innere Medizin in Wiesbaden.
17.—19. April: Röntgenkongreß in Baden-Baden.
20—26. April: Internat. Kongr. f. Gesundheitstechnik und Städtehygiene in Mailand.
Im Mai: 6. Internat. Kongr. f. Thalassotherapie in Berck-Plage (Pas-de-Calais).
7.—10. Mai: Arb.-Gem. f. Paradentose-Forschung in Kissingen.
14.—17. Mai: Allg. ärztl. Ges. f. Psychotherapie in Dresden.
19.—24. Mai: Britisches Royal Institute of public health in Frankfurt a. M.
21.—23. Mai: Ges. Dtsch. Hals-Nasen-Ohrenärzte in Leipzig.
26.—30. Mai: Tbc.-Tagung in Bad Kissingen.
27.—30. Mai: Dtsch. Ges. f. gerichtl. u. soziale Medizin in Leipzig.
27.—30. Mai: Dtsch. Ges. f. Gynäkologie in Frankfurt a. M.

Forts. auf S. 12



NEOTROPIN

Butyloxy-Diamino-Azopyridin D. R. P. angem.



Die bakterizide Wirkung und die weitgehende Unabhängigkeit vom Aciditätsgrad des Harns bilden die Grundlage für den hohen therapeutischen Wert des Neotropin bei infektiös entzündlichen Erkrankungen des Urogenitaltraktes.

Neotropin ist in allen Fällen von

Bakteriurie, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis

und nach operativen Eingriffen indiziert. Wertvolle Dienste leistet Neotropin infolge seiner Reizlosigkeit und ausgezeichneten Verträglichkeit als perorales Adjuvans bei

gonorrhoischen Erkrankungen

Originalpackungen: 20 und 50 Dragees zu je 0,1 g

Arztmuster und Literatur stehen zur Verfügung



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

28. Jahrgang | Mittwoch, den 1. April 1931 | Nummer 7

Abhandlungen.

Aus der Univ.-Frauenklinik Tübingen.
(Direktor: Prof. Dr. A. Mayer.)

1. Psyche und kleine Gynäkologie.

Von

A. Mayer.

Daß seelische Vorgänge zu körperlichen Folgeerscheinungen führen können, ist den Laien von den Affekten her allgemein bekannt. In den geläufigen Ausdrücken: „Schamrot, gramgebeugt, haarsträubend, Angstschweiß" usw. liegt daher ein besonderer Sinn.

Danach handelt es sich hauptsächlich um Blutverschiebung, Muskelverhalten, Drüsensekretion. Im Hinblick darauf sprechen einzelne Ärzte schon seit langem geradezu von einer „pathologischen Anatomie der Affekte", von „Gemütsbewegungen als Krankheitsursache" usw. (Cohn).

Die Schulmedizin war lange sehr zurückhaltend, bis ihr der Weltkrieg zum Lehrmeister wurde. Im Gebiet der Neurologie waren es hauptsächlich die „Kriegszitterer", die der Lehre von der psychischen Bedingtheit körperlicher Symptome (Gaupp) allgemein Anerkennung verschafften. Im Bereich der inneren Medizin kommen vor allem Stoffwechselkrankheiten und Störungen der inneren Sekretion in Betracht. Ich erinnere an jenen Bankier, dessen Diabetes mit den Aktien auf- und niederging.

Unter den Gynäkologen hatte schon Alfred Hegar gewisse, organisch nicht erklärbare Erscheinungen als „Lendenmarkssymptome" bezeichnet. Später hatten dann Krönig und Walthard auf ihre psychogene Entstehungsmöglichkeit hingewiesen. Aber von einigen Ausnahmen (Füth) abgesehen, blieb man im großen und ganzen der „Organgynäkologie" treu und kümmerte sich nicht allzusehr um das „Körper-Seele-Problem". Der Krieg brachte eine gewisse Umkehr. So fiel z. B. immer wieder auf, daß eine gerade bestehende Menstruationsblutung bei Eintreffen einer Todesbotschaft aus dem Felde vorzeitig und plötzlich wie mit dem Messer abgeschnitten aufhörte. Die weiteren Kriegserfahrungen und die von der Freudschen Lehre ausgehenden Anregungen förderten die Frage erheblich; und heute läßt sich sagen, daß entsprechend den psychischen Einflüssen auf Blutverschiebung, Muskelverhalten und Drüsensekretion alle 3 gynäkologischen Hauptsymptome — also Blutungsanomalien, Ausfluß und Schmerzen — psychogen bedingt sein können.

Zur Feststellung der seelischen Herkunft braucht man gewöhnlich keine Psychoanalyse, die am besten nur der treibt, der sie gründlich erlernt hat, sowie ihre Nachteile und Gefahren kennt. Was aber unerläßlich notwendig ist, das sind: Besitz des vollen Vertrauens seiner Kranken, menschliche Teilnahme an ihrem Leiden, Opfer an Zeit und Geduld, viel Takt, persönliche Reinheit und Integrität des Arztes.

Die ätiologisch in Betracht kommenden seelischen Einflüsse sind einesteils einmalige Einwirkungen, vor allem akute Affekte: Schreck, Angst u. dgl., sodann seelische Dauerstimmungen, wie Furcht, Hoffnung, Wünsche, Suggestion und Autosuggestion.

I. Befassen wir uns zunächst mit den Blutungsanomalien:

1. Die Wirkung akuter Affekte kann verschieden sein. Außer dem schon erwähnten plötzlichen Sistieren der Periode kann es z. B. auch zu plötzlichen Blutungen kommen. Außerdem kann ein ganz gleichartiger psychischer Insult bei derselben Frau zu verschiedenen Zeiten verschieden wirken und bald eine Blutung, bald eine Amenorrhöe auslösen.

a) Die Erklärung der Blutungen kann darin liegen, daß nach dem Dastre-Moratschen Gesetz beim Bleichwerden vor Schreck das Blut infolge einer „psychophysischen Blutverschiebung" (Weber, Bickel) von der Oberfläche in die inneren Organe abwandert.

Naturgemäß hat auch die im Genitalapparat zur Zeit des Insults gerade herrschende Betriebsphase auf die Art der Wirkung Einfluß. Diese Phase ist hauptsächlich gekennzeichnet durch den ca. am 10.—15. Tag eintretenden Follikelsprung und den damit erfolgenden Übergang der Follikelherrschaft in die Corpus-luteum-Herrschaft. Vom

rechtzeitigen und regelmäßigen Eintritt dieses Vorgangs hängt die normale Menstruationsblutung mit ihrem 4 wöchentlichen Zyklus ab.

Trifft die von einem psychischen Trauma ausgehende psycho-physische Blutverschiebung mit ihrer konsekutiven Drucksteigerung einen unreifen Follikel, so sind die Folgen: Vorzeitiger Follikelsprung, Austritt eines unreifen, befruchtungsunfähigen Eies, vorzeitiger Eitod, vorzeitige Abrüstung im Endometrium, d. h. vorzeitige Blutung. Eine daran später sich anschließende unregelmäßige Blutung kann davon herrühren, daß infolge vorzeitiger Beendigung der Follikelherrschaft frühzeitig ein junger Follikel nachwächst, oder daß ein Hämatom im Corpus luteum die Rückbildung des gelben Körpers stört, seine Existenz verlängert und damit das Aufrücken eines jungen Follikels hemmt.

b) Auch das plötzliche Sistieren einer bestehenden Blutung läßt sich verschiedentlich erklären: Sub menstruatione entsteht — im Gegensatz zum Prämenstruum — mit dem Abort des unbefruchteten Eies eine Tonussteigerung, Kontraktionsbereitschaft und Engerstellung des Uterus. Diese aus ovarialhormonaler Ursache erfolgende physiologische Engerstellung kann eine krankhafte Steigerung erfahren, wenn es durch ein Schreckereignis infolge der sogenannten „sympathiko-adrenalen Notfallfunktion" (Cannon, Walthard) zur Adrenalinausschüttung ins Blut kommt. Die Summierung dieser pathologischen Kontraktionstendenz des Uterus mit der physiologischen führt dann zum plötzlichen Versiegen der Menstruationsblutung.

c) Ebenso ist die Verschiedenheit der Wirkung eines gleichartigen Traumas (bald blutungserregend, bald hemmend) verständlich. In Analogie mit dem Schultz-Arndtschen pharmakologischen Gesetz ist vielleicht die Reizstärke von Bedeutung (Ricker). Wie unter physiologischen Verhältnissen, führt am Ende auch unter krankhaften Bedingungen ein schwacher Reiz zur Erregung der Gefäßdilatatoren mit Erweiterung der Kapillaren und ein starker Reiz zur Erregung der Konstriktoren mit Verengerung der Kapillaren.

Möglich ist auch, daß der momentane Organtonus, der durch einen Antagonismus zwischen Sympathikus und Parasympathikus geregelt wird, auf den Ausfall der Reizwirkung Einfluß hat. Von der Physiologie der glatten Muskulatur wissen wir, daß ein Bewegungsimpuls in der Richtung des verminderten Tonus läuft (Uexküll). Ein Hohlorgan wie der Uterus kann also unter Umständen auf denselben Reiz verschieden, d. h. mit Kontraktion oder mit Erschlaffung reagieren.

Vermutlich spielt auch die bekannte Umkehr der Adrenalinwirkung eine Rolle, die wieder mit dem Kalziumionengehalt zusammenhängt. Beim Fehlen der Kalziumionen wirkt das Adrenalin gefäßerweiternd und nicht verengernd, wie sonst.

All diese verschiedenartigen Reaktionsausfälle im Uterus sind um so leichter verständlich, als der Eierstock ja vom Zustand des gesamten endokrinen Ringes abhängig ist und als dieser wieder von der neuralen, ionalen, hormonalen und psychischen Verfassung der Gesamtperson bestimmt wird.

2. Unter den Einwirkungen einer längerdauernden Seelenverfassung auf die Menstruationsblutung sei zunächst die Amenorrhöe bei depressiven Psychosen erwähnt. Ich will auf ihre Erklärung nicht näher eingehen, sondern nur auf die Wirkung der Depression im Tierexperiment hinweisen, die Stieve so schön zeigen konnte: Von 2 jungen Hahnenbrüdern wuchs der eine in freier Lebenslust heran; er wurde ein Prachtexemplar und ein stolzer Vertreter seiner Rasse mit lebhafter Samenbildung. Der gleichaltrige Bruder wurde im Dunkelkäfig gehalten und blieb ein ausgesprochener Kümmerling mit Azoospermie.

In Übereinstimmung damit ist auch bei zum Tode Verurteilten eine Einstellung der Samenbildung beobachtet worden.

Was weiter hierher gehört, ist die eingebildete Schwangerschaft (Hofstaetter), der sehr oft eine Schwangerschaftsfurcht oder eine Schwangerschaftshoffnung vorausgeht.

Natürlich darf man nicht vergessen, daß die Amenorrhöe primär sein und zu der Schwangerschaftsfurcht oder -hoffnung führen kann. Aber manche „Kriegsamenorrhöe" ist doch nach dem „Abschied" unter dem Eindruck der Schwangerschaftsfurcht aufgetreten, während die Periode wiederkam, nachdem das Fehlen einer Gravidität ärztlich festgestellt war.

3. Damit sind wir zu der Frage gelangt, ob neben den affektbetonten seelischen Einflüssen auch Vorstellungen, Suggestionen und Autosuggestionen auf die Menstruationsblutung einwirken können.

Erfahrene und kritische Frauen berichten öfters, daß es gelinge, eine auf einen unpassenden Termin fallende Menstruation zu verschieben durch den wiederholten festen Willensakt: „Die Periode darf nicht kommen, sie muß später eintreten."

Die ärztlichen Angaben über Beeinflussung der Menstruation durch Suggestion und Hypnose sind sehr dürftig. Aus der früheren Zeit bringt Hack-Tuke in seinem Buch „Geist und Körper" mehrere Beispiele, die aber nicht kontrollierbar sind. Dagegen habe ich von Hegar während meiner Asistentenzeit gesprächsweise öfters gehört, daß er die Periode „ansuggeriert" habe. Auch Forel berichtet, daß er unter 4 Fällen von profuser und zu häufiger Menstruation durch Hypnose 3 heilte und 1 besserte. In einem Falle wurden die Menses definitiv auf den Ersten des Monats und auf eine Dauer von 3 Tagen geregelt.

An unserem eigenen Krankenmaterial konnten meine früheren Assistenten Stemmer und Brandeß hauptsächlich durch Hypnose, aber auch durch Wachsuggestion den Zeitpunkt der Menstruation verschieben. Die Verschiebung entsprach jeweils dem eigenen Wunsch der Patientinnen. Dieser Wunsch macht ohne Zweifel viel aus. Ob es auch gelingt, die Periode gegen die eigene Tendenz zu verschieben, weiß ich nicht.

Damit kommen wir noch zu einer letzten seelisch bedingten Anomalie der Menstruationsblutung, zu den sogenannten „Tendenzblutungen". Wir haben erlebt, daß Frauen nur bluteten in der Umgebung ihres Mannes, aber nicht, wenn sie von ihm getrennt an einem anderen Ort lebten. Man konnte zunächst an Einflüsse des Klimas denken, aber die Psychanamnese ergab ganz andere Dinge: eine unglückliche oder doch unharmonische Ehe, in der die Frauen die Kohabitation innerlich ablehnten. Sie gaben selbst an: „Es ist mir ganz recht, wenn ich blute, dann läßt mich mein Mann in Ruhe."

Eine besondere Disposition zeigen vermutlich Frauen mit ausgesprochener Vasolabilität und „Neuropathenflecken" (O. Müller).

Ein Analogon zu diesen Tendenzblutungen haben wir in den Wundmalen der Heiligen, deren psychogene Entstehung ein so kritischer Forscher wie Marchand ausdrücklich anerkennt. Eine gewisse experimentelle Grundlage dafür liegt in den Feststellungen von Weber und Citron, wonach schon die Vorstellung einer Bewegung eine Hyperämie in den betreffenden Extremitäten erzeugt.

Wie weit normalerweise unwillkürlich ablaufende Vorgänge unter besonderen Bedingungen der Herrschaft des Willens unterstellt werden können, zeigt auch jener Morphinist, der sich nach dem Krieg auf den deutschen Hochschulen vorstellte und willkürlich die Pupillen erweitern, sowie die Pulsfrequenz modifizieren konnte.

II. Beim Fluor albus spielt die Psyche in zwei Richtungen eine Rolle, einmal bezüglich der Entstehung des Fluors, sodann bezüglich der Bewertung eines aus anderen Gründen vorhandenen Fluors.

a) Eine psychogene Entstehung des Fluors darf man natürlich erst annehmen, wenn somatische Ursachen nach Möglichkeit ausgeschlossen sind. Dann aber können bewußte oder unbewußte Vorstellungen vom Zwischenhirn aus auf den Bahnen des vegetativen Nervensystems die Zervixdrüsen oder Bartholinischen Drüsen direkt oder auf dem Umweg über den Eierstock treffen und Hyperämie und Sekretion auslösen.

Neben der Sekretion kann es auch durch eine Tonusverminderung der glatten Muskulatur zu einem Offenstehen des Introitus, zu einer Bereitschaftsstellung und damit zu einem vermehrten, oft schubweise erfolgenden Abfluß des ergossenen Sekretes nach außen kommen (Walthard).

Auf die psychogene Entstehung weist dabei öfters der Umstand hin, daß der Ausfluß bei seelischer Ablenkung oder in der Arbeit schwindet und wiederkommt, wenn die Kranken sich selbst überlassen sind.

Eine nicht ganz unwichtige Rolle spielt das Traumleben mit sexuellem Inhalt. Man kann darüber zuweilen ganz erstaunliche Dinge hören. Hierher gehören namentlich Ausflüsse, die morgens nach dem Erwachen da sind, einige Stunden bestehen und dann in der Arbeit des Tages zurücktreten.

Scheinbar sind bestimmte Patientinnengruppen zum psychogenen Fluor besonders disponiert. Es sind in der Hauptsache sexuell Unbefriedigte, wie manche älteren Backfische mit ihren Schwärmereien für eine Freundin oder eine Lehrerin, ferner manche Braut, manche junge Witwe oder kinderlos verheiratete Frau mit großer Kindersehnsucht.

Eine wichtige Rolle spielt auch die gerade in unserer Zeit so häufig gewordene unharmonische Ehe, auch wenn sie nach außen noch so sehr mit Würde getragen wird. Erregte Auftritte mit dem Mann beantworten die Frauen, wie sie zuweilen sehr deutlich angeben, sofort mit vermehrtem Ausfluß.

Es ist klar, daß örtliche Behandlung hier nichts nützt. Unter Umständen ist sie sogar schädlich, besonders bei jenen, allerdings nicht häufigen jungen Mädchen, die durch eine gynäkologische Untersuchung, und zwar auch seitens einer Ärztin sexuell geweckt wurden. Die ärztlichen Manipulationen können hier zu einer Art Notbehelf an Stelle einer natürlichen Befriedigung werden und eine abnorme Triebeinstellung auslösen. Wir lehnen daher gerade hier die häufig wiederholte örtliche Behandlung, die andernorts so beliebt ist, grundsätzlich ab und halten vor allem die bei manchen älten Ärzten so hoch im Kurs stehende intragenitale Massage geradezu für gefährlich.

b) Der Einfluß der Psyche auf die Bewertung eines Fluors ist ebenfalls nicht gering. Immer wieder fällt ein merkwürdiger Gegensatz auf: bald objektiv Ströme von Ausfluß und subjektiv keine Klagen; dann wieder kaum feststellbare Spuren einer Hypersekretion, aber maßlose und nicht selten geradezu affektvoll vorgebrachte Klagen. Das kann nur durch die ganz verschiedene Einstellung der Kranken zum Symptom erklärt werden und aus der Verschiedenheit des Sinnes, den die Kranken ihrem Leiden geben. Eine merkwürdig nüchterne Einstellung findet sich bei berufstätigen und besonders ledigen Frauen. Im Streben nach Karriere wollen sie von ihrem Körper unabhängig sein, betrachten die spezifischen Funktionsäußerungen als „biologische Sinnlosigkeit" und setzen sich auch über starken Fluor weg. Ganz anders,

wenn die gleichen Frauen heiraten wollen; dann treibt sie ein viel geringerer Ausfluß zum Arzt, denn der Ausfluß bedeutet jetzt ein ernstes Fragezeichen an die Zukunft.

Wieder andere, die von der verbotenen Frucht aßen, fürchten eine Sünde oder Sündenstrafe, haben Angst vor Ansteckung und registrieren in übertriebener Selbstkontrolle jeden Tropfen von Sekret.

Eine weitere Gruppe vermutet hinter dem Ausfluß ein Krebsleiden und sucht deswegen den Arzt auf. Diese Patientinnen sind bei der heute weit verbreiteten Laienaufklärung leider nicht selten, so daß wir auch hier die Schattenseiten dieser modernen Volksbeglückung sehen. (Schluß folgt.)

Prof. Dr. A. Mayer, Tübingen, Universitäts-Frauenklinik.

---

2. Das Paradentoseproblem.

Von

Prof. Dr. **Julius Citron.**

Die Beobachtung, daß es eine Reihe krankhafter Zustände des Organismus gibt, die dazu führen, daß in der Umgebung der Zähne mehr oder minder schwere Veränderungen krankhafter Art auftreten, die schließlich zu einer Lockerung der Zähne und weiterhin zu ihrem Ausfall führen, ohne daß der Zahn selbst Krankheitszeichen aufweist, ist alt. Ich brauche hier nur an die Verhältnisse beim Skorbut, bei der Tabes, beim Diabetes, bei der akuten Leukämie und bei schweren Fällen von pluriganglandulärer Insuffizienz zu erinnern. Aus der Nebeneinanderstellung dieser ätiologisch ganz verschiedenen Krankheiten ergibt sich schon, daß die Ursachen zur Entstehung dieses Symptomenbildes voraussichtlich nicht ganz einheitliche sind. Außer als Begleiterscheinung bei den genannten schweren Krankheitsbildern, findet man im Prinzip gleiche oder mindestens sehr ähnliche Erscheinungen auch bei sehr zahlreichen Menschen, die entweder bei der gewöhnlichen Untersuchung einen ganz gesunden Eindruck machen, oder aber mehr oder minder leichte Zeichen einer Allgemeinerkrankung aufweisen. Die Zahnärzte, die naturgemäß zuerst solche Veränderungen in der Zahnumgebung zu sehen bekommen, waren früher in ihrer großen Mehrheit geneigt, örtliche Momente als Ursache anzusehen: Zu starke Zahnsteinbildung, abnorme Belastung gewisser Teile des Gebisses durch falschen Biß, nächtliches Zähneknirschen usw. Demgemäß richteten sich die therapeutischen Bestrebungen der Zahnärzte zunächst darauf, durch Beseitigung der örtlichen Schäden eine Ausheilung herbeizuführen. Es zeigte sich aber im Laufe der Zeit immer mehr, daß dies nur bei einem Bruchteil der Fälle gelingt und so brach sich allmählich die Überzeugung durch, daß auch bei der Mehrzahl der landläufigen Paradentalerkrankungen neben den lokalen Momenten, innere Ursachen vorhanden sein müssen. Die Bestrebungen, die inneren Ursachen aufzudecken, haben zu einer Feststellung vieler sehr interessanter Tatsachen geführt, die für den Arzt ebenso bedeutungsvoll wie für den Zahnarzt sind. Für das Verständnis des Folgenden wird es zweckmäßig sein, zunächst den Begriff „Paradentium“ zu definieren. Wir verstehen darunter mit Weski eine biologische Einheit, die Zahnfleisch, Periodontium, Zement und Alveole des Kieferknochens umfaßt. Die Erkrankungen des Paradentiums zeigen entweder einen entzündlichen oder einen degenerativen Charakter oder stellen eine Mischung beider Typen dar. Weski unterscheidet neuerdings 5 Haupttypen, die sich aus rein klinischen bzw. klinisch-anatomischen Gesichtspunkten ergeben. Das ätiologische Moment ist bei dieser Einteilung nicht berücksichtigt. Die 5 Typen sind:

1. Gingivitis.
2. Katarrhalische Paradentitis.
3. Kombinationstyp.
4. Dystrophische Form der Paradentose.
5. Alveolaratrophie oder total-atrophische Form.

Am leichtesten verständlich sind die Typen 1 und 5, die zwei Grenzfälle darstellen. Wir sprechen von einer Gingivitis in all den Fällen, in denen der krankhafte, in der Regel entzündliche Prozeß sich auf das Zahnfleisch beschränkt, während die übrigen Teile des Paradentiums intakt bleiben. Andererseits ist die Alveolaratrophie dadurch gekennzeichnet, daß es zu einem gleichmäßigen Schwund von Zahnfleisch und Knochen kommt. Hierher gehört die sogenannte Altersatrophie, bei der die Zähne anscheinend länger werden und nach anfänglicher Lockerung schließlich ausfallen. Treten die gleichen Erscheinungen in jüngeren oder mittleren Jahren auf, so handelt es sich entweder um ein endokrin bedingtes Symptom vorzeitiger Seneszenz oder aber um den Ausgang einer Gingivitis.

Der als katarrhalische Paradentitis oder auch als katarrhalische Paradentose bezeichnete Typ steht der chronischen Gingivitis sehr nahe. Er unterscheidet sich im wesentlichen dadurch, daß zu der Zahnfleischentzündung sich ein Schwund des Knochens hinzugesellt. Jedoch stehen im Vordergrund des klinischen Bildes die entzündlichen Erscheinungen des Zahnfleisches. Durch die beginnende Atrophie des Knochens kommt es zu einer Taschenbildung zwischen Zahnfleisch und Zahn. Diese Taschen sind in der Regel infiziert und sondern ein oft eitriges Sekret ab (Alveolarpyorrhoe). Demgegenüber steht die dystrophische Paradentose der Alveolaratrophie sehr nahe. Sie unterscheidet sich von dieser hauptsächlich dadurch, daß der Knochen schneller atrophiert als das Zahnfleisch, wodurch es auch wiederum zur Taschenbildung kommt. Diese Taschen sind meist freilich weniger tief und nicht so ganz selten ohne eitrige Sekundärinfektion. Äußerlich kann ein solcher Mund einen vollkommen normalen

Eindruck machen und nur durch die Untersuchung auf Taschen bzw. durch die Röntgenaufnahme läßt sich der krankhafte Prozeß erkennen. Der schwerste Krankheitstyp endlich, ist der Kombinationstyp. Hier findet sich schwere Gingivitis mit schwerer Knochenatrophie vereint. Dementsprechend sind tiefe Zahnfleischtaschen, die immer infiziert sind, vorhanden.

Die katarrhalische Paradentitis, die Kombinationsform und die dystrophische Paradentose werden von Weski zur partiell-atrophischen Paradentose zusammengefaßt.

Die Prognose hängt naturgemäß weitgehend von der Ätiologie und von der Möglichkeit der Beseitigung der primären Schädlichkeiten ab.

Forscht man nun nach den inneren Ursachen, die zur Entstehung führen, so ergibt bereits die Anamnese oft sehr wichtige Anhaltspunkte. In einem bemerkenswert großen Teil der Fälle wird die Angabe gemacht, daß gleiche oder ähnliche Erscheinungen in der Familie häufiger vorgekommen sind. Diese familiäre Disposition zu Paradentalerkrankungen, könnte sowohl eine Folge konstitutioneller Degeneration sein, als auch darin seine Ursache haben, daß familiär die gleichen Stoffwechselkrankheiten oder endokrinen Störungen oder auch die gleichen Kieferbildungen, die gleichen Ernährungsschäden usw. eine Rolle spielen. Es ist auffallend, wie außerordentlich häufig bei der Erhebung einer eingehenden Familienanamnese Paradentosekranke in ihrer nächsten Blutsverwandtschaft bestimmte Krankheitsbilder als vorkommend angeben. Es herrscht hier eine gewisse Einförmigkeit. Genannt werden Diabetes, Kropf, Basedowsche Krankheit, Epilepsie, Psychosen mit depressivem Einschlag, Suizide.

Die Untersuchung der Patienten selbst, ergibt zunächst als auffallend, daß weibliche Individuen weit häufiger als männliche erkranken. Beim weiblichen Geschlecht kann die Krankheit auch in einem viel früheren Lebensalter zur Beobachtung gelangen. Es zeigt sich ferner ein deutlicher Einfluß der Pubertät, der Schwangerschaft und des Klimakteriums. Auch verstümmelnde Operationen, die zu einem vorzeitigen Erlöschen der Genitalfunktion führen, fördern die Neigung zur Paradentoseentstehung. Ich nenne hier Entfernung der Eierstöcke, der Gebärmutter oder funktionelle Ausschaltung dieser Organe durch Strahlenwirkung. Der meist später einsetzenden Geschlechtsentwicklung des Mannes entspricht es, daß hier auch die Paradentose in ihren ersten Anfängen später erkennbar wird, und daß andererseits der längeren Geschlechtstüchtigkeit des Mannes entsprechend, auch Fälle noch in einem späteren Lebensalter, als bei der Frau, zur Beobachtung gelangen.

Bei der männlichen Paradentose spielen in weit höherem Maße als bei der Frau, entzündliche Momente eine Rolle, die auf Giftschäden zurückzuführen sind. Zu nennen sind hier: chronische Zahnfleischentzündungen infolge von Metallvergiftung, oder auch durch andere Giftstoffe, die teilweise mit dem Beruf zusammenhängen. Auch die Lues kommt häufiger in Frage. Hierbei bleibt es freilich ungewiß, ob das Wesentliche nicht in der vorausgegangenen Quecksilber- oder Wismutbehandlung zu suchen ist. Der Diabetes führt gleichfalls beim Mann anscheinend häufiger zu schwereren Formen von Paradentose, als bei der Frau. Möglicherweise kommt hier als unterstützende Schädlichkeit das Rauchen in Betracht. Endlich wäre die Gicht zu erwähnen. Auch gewisse Formen der Hyper- und der Hypotonie disponieren zu Paradentose.

Bei den Frauen findet man sehr häufig basedowoide Typen und wesentlich seltener ausgesprochene Basedows. Aber auch bei Myxödematösen habe ich Paradentose gesehen. Daß der Zustand der weiblichen Generationsdrüsen von großer Wichtigkeit ist, ist schon oben hervorgehoben worden. Es ist geradezu eine Ausnahme, wenn weibliche Paradentosekranke normale Menstruationsverhältnisse haben. Sehr häufig findet sich die Angabe, daß die Menarche erst sehr spät erfolgt ist. Die Menses treten meist spärlich auf, und oft sehr unregelmäßig. Ähnlich wie bei den Schilddrüsenstörungen, kommt aber auch hier das Gegenteil gelegentlich zur Beobachtung. Sehr starke und gehäufte Menses, ungewöhnlich früher Beginn usw. Auch vorzeitiges Einsetzen des Klimakteriums ist häufig.

Ob und inwieweit außer dem Pankreas, der Schilddrüse und den Geschlechtsdrüsen auch noch andere endokrine Drüsen in einem Kausalzusammenhang mit der Paradentose stehen, ist noch Gegenstand der Forschung. Vieles spricht dafür, daß wahrscheinlich jede Störung der endokrinen Korrelationen begünstigend wirken kann. Von der Hypophyse scheinen gewisse Typen von Paradentose häufiger beeinflußt zu werden. Der Umstand, daß im Stoffwechselversuch mitunter der spezifisch-dynamische Effekt, d. h. die Steigerung des Stoffwechsels nach Nahrungsaufnahme ausbleibt oder sehr geringfügig ist, spricht in diesem Sinne, da ein gleiches Verhalten oft auch bei der hypophysären Fettsucht vorkommt. Der Umstand, daß im Blute mancher Paradentosefälle relativ hohe Kalium- und niedrige Kalziumwerte gefunden werden, ließ mich an die Möglichkeit denken, daß hier der Ausdruck einer Hyperfunktion der Nebenschilddrüsen zu sehen sei.

Trotz dieser Beobachtungen darf man selbstverständlich die endokrinen Veränderungen nicht als das eigentlich Primäre in allen Fällen ansehen. Lehrreich ist in dieser Hinsicht ein Fall von schwerster Paradentose, den ich vor kurzem bei einem Diabetes insipidus beobachten konnte. Dieser Kranke war dadurch bemerkenswert, daß sich keine Zeichen von Hypophysenerkrankung fanden. Er gehörte also zu den Fällen, die wis jetzt auf eine Störung an der Gehirnbasir zurückführen. Es besteht also zum mindesten in diesem Falle die Vermutung, daß auch die

Paradentose von der gleichen Stelle ausgelöst worden ist. Die Bedeutung zerebraler Vorgänge für das Paradentoseproblem ist bisher noch sehr wenig erforscht, trotzdem viele Anzeichen darauf hinweisen, daß ihnen eine sehr große Bedeutung zukommt. Die Häufigkeit der Psychosen in der Familienanamnese habe ich erwähnt. Hinzuzufügen ist, daß seelische Anomalien bei Paradentosefällen in einem außerordentlich großen Prozentsatz vorkommen. Fast immer handelt es sich um Depressionen. Auch bei der Verfolgung des einzelnen Falles kann man sehen, daß die Paradentose Fortschritte macht, wenn die Depressionen stärker sind und daß umgekehrt Besserungen auftreten, wenn Besserungen des seelischen Zustandes zu verzeichnen sind. Störungen des vegetativen Nervensystems finden sich bei fast allen Paradentosefällen. In etwa 80 Proz. der Fälle handelt es sich um Veränderungen im Sinne der Vagotonie. Vasomotorische Störungen sind häufig. Kapillare Spasmen, Absterbeerscheinungen an den Händen und Füßen, echte Migräne seien hier genannt.

Ein auffallendes Ergebnis zeigt die kapillarmikroskopische Untersuchung. In mehr als 80 Proz. findet sich an der Mundschleimhaut das Bild der kapillaren Hemmung. In vielen Fällen entspricht das Bild der Kapillaren dem des frühesten Säuglingsalters, während zu gleicher Zeit oft die Kapillaren am Nagel normal sind.

Daß es sich bei der Mehrzehl der Paradentosen um ein Symptom eines den ganzen Organismus betreffenden Schadens handeln muß, ergibt sich auch aus dem Blutbild. Fast alle Fälle haben eine Lymphozytose, die oft beträchtliche Grade erreichen kann. Dagegen habe ich die von anderer Seite angegebene Eosinophilie nicht häufiger angetroffen, als auch sonst bei der Untersuchung eines größeren Menschenmaterials vorkommt.

Wichtige Punkte des Paradentoseproblems sind noch völlig ungeklärt, so insbesondere die Beziehungen zu den chronischen Gelenkleiden, zur Tuberkulose und zu den Ernährungsschäden.

Es ist naheliegend, daß sich aus dem Gesagten auch therapeutische Folgerungen ergeben. Daß dies der schwierigste Punkt ist, versteht sich für den erfahrenen Praktiker von selbst.

Prof. Dr. Julius Citron, Berlin W 15, Kurfürstendamm 66.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Zur Biologie der Haut.

Von
Prof. Dr. **Alois M. Memmesheimer,**
Oberarzt der Univ.-Hautklinik Tübingen
(Direktor: Prof. P. Linser).

Unsere Vorstellungen über die Funktionen der Haut wurden im Laufe der letzten Jahrzehnte wesentlich erweitert und vertieft. Vor allem wurden die anfänglich mehr spekulativen und hypothetischen Anschauungen über die Schutzleistungen des Hautorgans nach zahlreichen exakten experimentellen Untersuchungen durch besser fundierte Theorien ersetzt. Ich folge daher gerne der Aufforderung der Schriftleitung dieser Zeitschrift, einen kurzen Überblick über den heutigen Stand unseres Wissens zu geben.

Die Haut besitzt eine Reihe nach außen gerichteter Schutzfunktionen (Exophylaxie). Sie schützt den Körper nicht nur durch ihre beträchtliche Festigkeit, ihre vollkommene Elastizität, die Unterpolsterung mit Fett und Gewebsflüssigkeit gegen mechanische, chemische, thermische und aktinische Traumen, sie verhindert auch durch ihre Abschuppung und die bakterientötenden Eigenschaften ihrer Oberfläche eine Ansiedlung von Krankheitserregern und anderen schädlichen Stoffen. In Verbindung mit dem Nervensystem wirkt sie als Wärmeregulator. In der Kälte kann sie sich zusammenziehen (Gänsehaut) und ihre Oberfläche verkleinern, wodurch Wärmestrahlung und Wärmeverlust vermindert werden, und der Körper durch das gleichzeitige Auspressen von Talg aus den Talgdrüsen mit einer dünnen, ebenfalls gegen Kälte schützenden Fettschicht bedeckt wird. In der Wärme dehnt sich die Haut aus, ihre Gefäße erweitern sich, wobei eine vermehrte Abstrahlung von Wärme und durch die zu gleicher Zeit erfolgende stärkere Sekretion der Schweißdrüsen eine verstärkte Verdunstung und damit eine Abkühlung erzielt wird. Auch als Sekretionsorgan ist die Haut durch die Abscheidung von Kohlensäure und Schweiß sowie die in letzterem enthaltenen Abbaustoffe nützlich, da die anderen Ausscheidungsorgane durch diese Arbeit entlastet werden. Die übrigen Hautfunktionen, wie die Speicherung von Fett, Wasser und Salzen, die Resorption mancher Arzneimittel und die Tätigkeit als Sinnesorgan (für die Kälte- und Wärmeempfindung, für Berührung und Schmerz) sind für den Körper ebenfalls von außerordentlicher Bedeutung.

Diesen exophylaktischen Eigenschaften des Hautorgans werden neuerdings die esophylaktischen, in den Körper hineingerichteten, gegenübergestellt, die von gleichgroßer Wichtigkeit wie die erstgenannten sind. Die Lehre von der Esophylaxie nimmt nämlich an, daß die einzelnen Teile der Haut in den Körper hineingelangte Krankheitserreger bzw. die von diesen hervorgerufenen Veränderungen durch die Absonderung von Stoffen, die gegen die Krankheitserreger selbst wirksam werden oder den Körper in seinem Kampfe gegen die Krankheitserreger stärken, bekämpfen.

Es ist nicht leicht, den Ablauf der esophylaktischen Funktionen zu schildern, und manche Erklärungsversuche begegnen noch außerordentlich großen Schwierigkeiten. Trotzdem haben wir heute mehrere experimentell gut gestützte Theorien über den Ablauf der betreffenden Vorgänge.

Einmal wissen wir, daß die Zellen der Epidermis in vermehrtem Umfange Sekrete abgeben, wenn sie unter dem Einfluß von Reizen stärker arbeiten und dadurch durchlässiger werden. Untersucht man nämlich die Durchlässigkeit der Hautzellen (der Basal- und der Stachelzellenschicht) unter dem Einfluß von Reizen der verschiedensten Art (Licht, Massage, Bäder u. a. m.), so findet man, daß unter dem Einfluß dieser Reize eine Permeabilitätserhöhung der Zellgrenzschichten eintritt. Diese Durchlässigkeitsvermehrung läßt sich nicht nur durch Vitalfärbung mit Farbindikatoren, sondern auch durch elektrische Messungen feststellen. Mit ihr geht eine vermehrte Abscheidung von Zellsekreten einher, die sich sowohl durch die Anlockung von Leukozyten als auch unter bestimmten Bedingungen durch die Erweiterung der feinsten Hautgefäße und durch mehrere andere Zeichen erkennen läßt. Die abgeschiedenen Stoffe sind auch in Morphiumquaddeln über gereizten Hautstellen und in Quarzlichtblasen festzustellen, sie lassen sich außerdem im Blute nachweisen. Schnürt man einen Arm ab und schützt ihn vor Hautreizen, während die Haut des ganzen übrigen Körpers beispielsweise durch Lichtstrahlen gereizt wird, entstehen in den nicht gereizten und vom Blutkreislauf abgeschnittenen Hautpartien schwächere Morphiumquaddeln als an den gereizten Hautstellen. Umgekehrt finden wir vermehrte Reizprodukte in dem Arm, der abgeschnürt und allein bestrahlt wurde.

Über die chemische Natur der abgeschiedenen Materialien wissen wir noch sehr wenig. Weil sie in ihrer Wirkung dem Histamin ähneln, wurden sie als H-Substanzen, wegen ihrer entzündungserregenden Eigenschaft als Autophlogogene, sonst als Nekrohormone, Dermalexine usw. bezeichnet. In ihrer Wirkung zeigen sie zahlreiche Parallelen mit der von Spaltprodukten, die durch Proteinkörperinjektionen im Körper gebildet werden. Die günstige Wirkung letzterer auf den ganzen Körper und besonders auf den erkrankten Organismus ist bekannt. Wenn auch die Effekte der Hautreizstoffe in vielen Einzelheiten mit den durch Spaltprodukte der Proteinkörpertherapie erzielten übereinstimmen, so sind doch noch weitere Versuche notwendig, um diese Übereinstimmung deutlicher zu machen und die gleichen Wirkungen der Hautinkrete sicherer zu beweisen.

Weitere Beweise für die Esophylaxie wurden durch die Untersuchungen über die Vitaminentstehung in der Haut unter dem Einfluß von Lichtreizen erbracht. Die naheliegende Folgerung aus den glänzenden Versuchen von Windaus und zahlreichen anderen Forschern über die Identität des Ergosterins mit dem Provitamin, aus dem die gegen Rachitis schützenden Schutzstoffe (Vitamin D) entstehen, war die, beim Menschen und Tier den Vorgang der Ergosterinaktivierung in die Haut zu verlegen. Dafür mußten folgende Vorbedingungen gegeben sein. Erstens mußte Ergosterin in der Haut vorkommen, zweitens mußte das in der Haut vorhandene Ergosterin so liegen, daß an ihm durch Strahlenabsorption der photochemische Aktivierungsprozeß vor sich gehen kann, und schließlich mußte sich das fertige Vitamin in der Haut nachweisen lassen. Es ergab sich nun, daß in der Haut nicht nur Cholesterin und Cholesterinester, sondern auch Ergosterin vorhanden ist, das bei Ultraviolettbestrahlungen wirklich vom Licht getroffen wird, und so ließ sich mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß das in der Haut enthaltene Ergosterin von den Strahlen in der Tat aktiviert wird.

Durch zahlreiche Versuche konnte auf biologischem Wege das Vorhandensein des D-Vitamins in der Haut festgestellt werden. Die Implantation von Haut bestrahlter Tiere heilt nämlich bei kranken Tieren Rachitis, und bestrahlte Haut entfaltet auch parenteral zugeführt Heilung. Tote bestrahlte Haut wirkt ebenfalls antirachitisch. Für das Übertreten der antirachitischen Substanzen von der Haut in den Körper sprechen verschiedene Befunde. Bei Teilbestrahlungen von Rattenhaut in vivo wird nämlich nicht nur die direkt bestrahlte Haut antirachitisch wirksam, sondern es findet auch ein Transport des antirachitischen Faktors in die anderen Hautpartien statt. Für den Transport und die Speicherung des Vitamins in dem Organismus spricht ferner die Tatsache, daß die Verfütterung von Leber der in vivo bestrahlten Ratten Rachitis heilt. Der wirksame Stoff geht auch in die Milch über, wie sich gleichfalls feststellen läßt. Von Kühen, die bei vitaminarmem Futter im Stall gehalten wurden und die täglich Ultraviolettbestrahlungen erhielten, ließ sich eine Milch gewinnen, die im Rattenversuch eine starke antirachitische Wirksamkeit zeigte. Ebenso brachten Ultraviolettbestrahlungen nährender Frauen eine deutliche Vergrößerung der antirachitischen Kraft ihrer Milch hervor. Bezüglich der Milch scheinen ganz allgemein Hautlichtreize eine stärkere Wirkung zu haben als die Verabreichung vitaminreicher Nahrung.

Inwieweit die Schutzwirkungen der Haut bei den verschiedenen Erkrankungen von einer Vitaminsekretion abhängig sind, ist noch nicht geklärt. Bei der Hautreiztherapie der Tuberkulose spielt die Vitaminwirkung sicher eine bedeutsame Rolle. Dafür sprechen nicht nur zahlreiche klinische Beobachtungen am Menschen, sondern neuerdings auch experimentelle Ergebnisse im Tierversuch. Danach scheinen vitaminarm ernährte Tiere den vollwertig ernährten bei der Ausbreitung des tuberkulösen Infektes unterlegen zu sein, und bei der Meerschweinchentuberkulose konnten durch

modifizierte Ultraviolettbestrahlungen und die dadurch von der Haut aus hervorgerufene Vitaminwirkung ähnliche Einflüsse erkannt werden. Es ist trotzdem nicht anzunehmen, daß die Erfolge der Hautbestrahlungsreize beim Menschen und Tier lediglich auf der Abscheidung von Vitaminen beruhen. Als weiterer Faktor kommt sicherlich die Abscheidung von unspezifischen, aktivierenden Stoffen aus den Hautzellen in Betracht, so wie sie oben beschrieben wurden.

Weiterhin weisen Beobachtungen beim Pigmentierungsvorgang auf die besonderen esophylaktischen Eigenschaften der Haut hin. So konnte in Eigenversuchen, die sich über mehrere Jahre ausdehnten, gefunden werden, daß unter dem Einfluß täglicher Bürstenmassagen in der Haut bestimmte Stoffe produziert werden, die in das Blut übergehen und eine stärkere Pigmentierungsbereitschaft auch nicht massierter Hautstellen hervorrufen. Solche Beobachtungen, bei denen feine Pigmentierungsunterschiede verglichen werden müssen, wurden durch besondere Methoden der Hautfarbenbestimmung ermöglicht. Diese Methoden erlauben eine zahlenmäßige Bestimmung der Farbtönungen, wodurch ein sehr genauer Vergleich erfolgen kann.

Neben den durch Hautreize in der Haut entstehenden unspezifischen Stoffen hat man auch spezifische Immunstoffe nachzuweisen versucht. Bei der Beurteilung dieser Versuche muß man sich jedoch darüber klar sein, daß die teilweise entgegengesetzt lautenden Ergebnisse durch ganz verschiedene Versuchsbedingungen hervorgerufen wurden. Es scheint auch, als ob die Haut schon erkrankter Individuen auf Hautreize anders reagiert, als die Haut gesunder Personen, bei denen die Antikörperbildung durch die Erkrankung selbst noch nicht angeregt wurde. Von einigen Autoren konnte bei Meerschweinchen und Kaninchen eine Erhöhung der Typhusagglutinine nach Reizbestrahlungen festgestellt werden. Gelegentlich wurde bei Meerschweinchen eine Erhöhung des Hämolysintiters und eine Steigerung der Präzipitinbildung gefunden. Auch bei Kaninchen wurde eine Steigerung des Hämolysingehaltes festgestellt. Im Kohlenbogenlichtbad konnte bei Menschen der Agglutiningehalt nach Typhusvakzine deutlich gesteigert werden. Auch ging die Verminderung weniger rasch vor sich als unter gewöhnlichen Bedingungen. Wichtige Befunde ergaben auch die Untersuchungen über die Bakterizidieentstehung im Blute durch Bestrahlungen der Haut. All diese Untersuchungen zeigen, daß in der Tat in der Haut unter dem Einfluß von Hautreizen spezifische Antikörper gebildet werden, die ins Blut übergehen und hier den Organismus in seinem Kampf gegen Krankheitserreger und Krankheitsprodukte unterstützen.

Bei mehreren chronischen Infektionskrankheiten gelingt der Nachweis spezifischer Stoffe in der Haut selbst. So finden sich bei Tuberkulose, bei der Syphilis, bei den tiefen Pilzerkrankungen der Haut und anderen Krankheiten zellständige Körper, die durch entsprechende Hautreaktionen nachweisbar sind. Daß gerade die Epidermiszellen eine besondere Bedeutung auch bei der Abwehr anderer Schädigungen (chemischer und physikalischer Art) haben, sehen wir beim Ekzem. Bei dieser Erkrankung kommt es zu einer Reaktion zwischen der schädigenden Substanz und gewissen Antikörpern, die an den Epidesmiszellen verankert sind und auf frühere Schädigungen hin entstanden.

Weitere experimentelle Untersuchungen der letzten Jahre erwiesen die Bedeutung des retikuloendothelialen Systems der Haut für esophylaktische Vorgänge. Es ließ sich zeigen, daß die Kapillarendothelien und Histiozyten der Haut infolge ihrer phagozytären Eigenschaften Bakterien, die vom Körper aus in die Haut hineingelangen, zerstören können. Mit dem Prozeß der Absorption und Verdauung der Bakterien durch die Elemente des Retikuloendothels geht die Abscheidung von Immunkörpern ins Blut Hand in Hand. Weil diese Vorgänge durch den Einfluß von Hautreizen verstärkt werden können, ist die Bedeutung des Retikuloendothels der Haut bei Infektionskrankheiten eine recht große. Sicherlich haben die gleichen Zellverbindungen in Leber, Knochenmark und Milz stärkere phagozytäre Eigenschaften. Da das Retikuloendothel der Haut jedoch von außen leicht erreichbar ist und dadurch zu verstärkter Tätigkeit gebracht werden kann, hat es in therapeutischer Hinsicht eine gewisse Überlegenheit gegenüber dem der inneren Organe. Die Wichtigkeit der genannten Zellelemente zeigt sich sehr klar bei Untersuchungen über experimentelle Hautinfektionen. Man findet beispielsweise in bestrahlter Mäusehaut ein langsameres Angehen von Karzinomimpfungen als in unbestrahlter Haut. Ähnliche Resultate ergeben sich bei anderen Hautinfektionen. Diese Erscheinungen sind histologisch durch eine verstärkte Histiozytose der bestrahlten Hautstellen erklärbar. Vielleicht ist auch das Nervensystem der Haut an diesen Vorgängen beteiligt. Man weiß nämlich, daß durch Reizung der Hautnerven weitgehende Einflüsse auf den inneren Körper und die antikörperbildenden Organe ausgelöst werden. Weitere Versuche werden hier ergeben müssen, inwieweit durch solche Nervenreizungen die Schutzfunktionen der inneren Organe von der Haut aus verstärkt werden können.

Neben diesen experimentellen Untersuchungen sprechen zahlreiche klinische Befunde für das Bestehen esophylaktischer Hautfunktionen. Es sei hier an die Beziehungen zwischen Hauttuberkulose und Tuberkulose innerer Organe, frühsyphilitischen Hauterkrankungen und spätsyphilitischen Nervenkrankheiten sowie an die sich vorwiegend in der Haut abspielenden und eine dauernde Immunität hinterlassenden exanthematischen Infektionskrankheiten erinnert.

Eine außerordentlich große praktische Bedeutung hat die Esophylaxielehre für die Therapie.

Alle einschlägigen Heilmethoden wie Bestrahlungen, Massagen, Bäder und chemische Hautreize bezwecken, die Haut zu höchster Tätigkeit anzuspornen. Die Erfolge dieser unspezifischen therapeutischen Maßnahmen sind sehr große, man braucht nur auf den Einfluß der Lichtbehandlung bei der Tuberkulose hinzuweisen. Dasselbe gilt für die spezifischen Methoden, die unter dem Begriff der kutanen Immunisierung zusammengefaßt werden. Durch Einreiben von Toxinen und Bestandteilen von Krankheitserregern in die Haut sowie durch Impfen mit lebenden Krankheitserregern selbst werden bei der Tuberkulose, der Diphtherie und bei Streptokokkeninfektionen günstige Erfolge erzielt. Durch das künstliche Einbringen von Krankheitserregern treten in der Haut dieselben Abwehr- und Schutzmechanismen in Erscheinung, wie sie durch eine Einschwemmung von Krankheitserregern vom Blute her ausgelöst werden. Im letzteren Falle werden die in die Haut eindringenden Krankheitserreger durch diese Vorgänge oft so verändert, daß statt einer akuten Erkrankung eine schützende Immunität entsteht.

Die Schilderung aller Einzelheiten und Befunde, die auf die esophylaktischen Eigenschaften der Haut hinweisen, ist in den gesteckten Grenzen unmöglich, zumal täglich neue Beobachtungen gemacht werden. Aus dem Gesagten geht zur Genüge hervor, daß die moderne Forschung auf Grund experimenteller Untersuchungen zahlreiche Beweise für das Bestehen schon in früherer Zeit vermuteter und empirisch erkannter Hautleistungen erbrachte. Experimentelle Forschung und systematische klinische Beobachtung werden sich dieser Gebiete auch weiterhin annehmen, da es sich um Dinge von größter praktischer Tragweite handelt.

Prof. Dr. Alois M. Memmesheimer, Tübingen, Univ.-Hautklinik.

Aus der I. Med. Univ. Klinik Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. His).

2. Über die Verwendung des „Unspezifischen Status“ bei der internen Untersuchung.

Von

Prof. Dr. **Victor Schilling,** Oberarzt der Klinik.

Die folgenden Ausführungen sind die gekürzte Wiedergabe eines Vortrages, der zur Einleitung des fachärztlichen Oktoberkursus 1930 für Innere Medizin gehalten worden ist und sich auf mehrere Mitteilungen der jüngsten Zeit (s. Literatur) an anderen Stellen stützt. Wenn ich auf Wunsch der Schriftleitung an dieser Stelle noch einmal auf das Thema eingehe, so geschieht es mit besonderer Rücksicht auf den Praktiker, für den die Methode des „Unspezifischen Status“ vor allem gedacht ist und der an die Originalmitteilungen selten herankommt. Die theoretische Begründung wurde in einem Vortrage (1) auf dem Wiesbadener Kongreß 1929 gegeben und ging von der Neuformung des „Krankheitsbegriffes“ in der modernen inneren Medizin aus. Fast alle bedeutenden Mediziner der Jahrhunderte haben zu der Erklärung des Wortes „Krankheit“ bzw. zur Definition des Krankheitsbegriffes Stellung genommen und immer wieder hat sich gezeigt, daß dieser Grundbegriff ärztlichen Denkens, der ja gerade den Inhalt der ganzen Beziehungen zwischen Arzt und Patienten bildet, philosophisch sehr schwer zu fassen ist. Die moderneren Ärzte sind darin einig, daß die Krankheit nur einen Teil des Lebens selbst bedeutet, d. h. daß sie zu den Reaktionen des lebenden Protoplasmas gegen seine Umgebung, d. h. zu seiner Eigenschaft der „Reizbarkeit“ gehört. Wann diese Reaktion „krankhaft“ wird, darum dreht sich der Streit. Und so lautet die modernste Definition: Krankheit ist eine Störung der geordneten Lebensabläufe im Organismus, die durch seine physiologischen Regulierungen nicht mehr beseitigt werden kann.

Dies bedeutet, daß andere Regulierungen als die gewöhnlichen physiologischen einsetzen, um einen krankhaften Zustand zu überwinden und in der Beobachtung dieser krankhaften Regulierung besteht ein großer Teil der ärztlichen Kunst.

Der andere Teil der ärztlichen Kunst richtet sich auf die Feststellung der spezifischen Krankheitsursache, d. h. man sucht nach der Morgagni-Virchowschen Lehre das bestimmte erkrankte Organ oder, in der modernsten Ausbildung, die exogene oder endogene Krankheitsursache selbst festzustellen. Durch das Streben nach der rationellen Erkennung der „spezifischen Ursache“ der Krankheit ist vielfach dem Bewußtsein des Arztes entschwunden, daß eigentlich die unspezifischen Krankheitserscheinungen einen sehr wesentlichen Bestandteil der Krankheit ausmachen, und daß besonders der Interne zur Ergründung der eigentlichen Ursachen, als auch aus allgemeinen wie therapeutischen Gründen oft sich eingehend mit den unspezifischen Symptomen befassen muß.

Solche allgemeinen unspezifischen Erscheinungen sind in erster Linie das Krankheitsgefühl, das sich auf dem gesamten Nervensystem aufbaut und sich aus zahlreichen bewußten und unterbewußten Empfindungen zusammensetzt, weiter das Körpergewicht, dessen Störung bei vielen Krankheiten sehr charakteristisch ist, und die Körpertemperatur, deren gestörte Regulierung ja das meist beobachtete und registrierte unspezifische Krankheitszeichen bedeutet. Alle drei Wahrnehmnngen erstrecken sich also auf den Organismus als Ganzes und ergeben im Krankheitsgefühl die subjektive Wahrnehmung der Krankheit, im Gewicht die Auswirkung eines länger bestehenden krankhaften Zustandes auf die Struktur des Organismus und in der Temperatur ein augenblickliches Anzeichen einer erhöhten bzw. gestörten biologischen Zelltätigkeit.

Das Krankheitsgefühl hat den großen Fehler der Subjektivität, d. h. es wird durch die Individualität des Patienten, seine Beobachtungsgabe, seine Darstellungsfähigkeit stark beeinflußt und verzerrt; auch ist es schwer, psychogene funktionelle Eindrücke von objektiven nervösen Wahrnehmungen immer richtig zu trennen. Dennoch kann man sagen, daß die Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsgefühls bei weitem die feinste unspezifische Methode der Erkennung von Krankheiten bedeutet. Auch wenn die Empfindungen sich in der unbestimmten Form der Neurosen äußern, finden wir für die modernen Untersuchungsmethoden relativ selten anscheinend rein „funktionelle" Reaktionen des Organismus. Die eigentliche „Neurasthenie" ist seit Anwendung dieser Methoden eine große Seltenheit geworden. Im allgemeinen legen aber die Ärzte wenig Wert auf solche subjektiven Krankheitsempfindungen, für die sie keine organischen Unterlagen zu erbringen wissen, und weisen solche Patienten als Neurotiker, Neurastheniker, Simulanten oder Hypochonder ab.

Das Körpergewicht läßt sich in der Praxis nicht so leicht heranziehen, weil wenige Menschen positive Angaben über ihr früheres Gewicht zu machen vermögen und im allgemeinen nur sehr extreme Ausschläge der Gewichtskurve verwendbar sind. Immerhin dienen auffallende Abstürze oder Zunahmen des Gewichtes oft zur Unterstützung allgemeiner Krankheitsempfindungen, die sich erst bei feinster Untersuchung aufklären lassen.

Am häufigsten wird noch von der Temperatur Gebrauch gemacht, die ja, bis auf natürliche und manchmal auch beabsichtigte Fehlerquellen, mit der Thermometermessung hochgradig objektiviert ist. In der Sprechstunde aber hat auch die Verfolgung der Körpertemperatur ihre großen Schwierigkeiten, da wir ja nur ein temporäres Symptom messen, d. h. gerade zur Zeit der ärztlichen Untersuchung das Fieber völlig fehlen kann z. B. bei einem Patienten in der Vormittagssprechstunde, bei dem es nachmittags stets zu finden sein könnte. Man muß also auch hier gerade bei den feinen Grenzzuständen der Krankheit eine längere Beobachtung in der Klinik vornehmen oder das Thermometer den Patienten in die Hand geben, ehe man die feineren Ausschläge in der „Temperaturkurve" erfassen kann.

Die Einheit des Organismus, dessen Ordnung durch die „Krankheit" gestört wird, wird aber außer durch das Nervensystem durch nichts besser repräsentiert wie durch das Blut, das man als ein alle Organe verbindendes und erhaltendes Zentralorgan des Körpers bezeichnen mag. Es ist daher natürlich, daß gerade in der Beobachtung des Blutes von vornherein die feinsten Anzeichen für die Erkennung eines organischen Krankheitszustandes an sich zu erwarten sind. Schon längst hätten die Blutmethoden sich einen gesicherten Platz besonders in der täglichen internen ärztlichen Untersuchung erobert, wenn sie nicht technisch für den Praktiker zu schwierig erschienen.

Die erste Blutmethode, die eine wirklich universelle Verbreitung gefunden hat, ist die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen nach Fahraeus. Sie verdankt sie der außerordentlichen Einfachheit der Technik und Simplizität der Ablesung der Befunde, die jeder ja sofort in Millimetern angeben kann. Natürlich sind auch die Ergebnisse dieser Methode äußerst allgemein, nämlich eigentlich nicht viel mehr, als eine Feststellung, ob das Blut eines Menschen gesund oder krank ist, ohne irgendwelche spezifische Färbung. Selbst der Versuch, aus der Millimeterzahl irgendwie sicher über die Schwere eines Krankheitszustandes Gewißheit zu bekommen oder aus ihrer besonderen Höhe etwa auf eine bestimmte Ursache zu schließen, hat sich bisher als völlig vergeblich erwiesen. Nur nach sorgfältiger klinischer Aussonderung der Fälle und Beschränkung auf eine ganz bestimmte Krankheit oder Krankheitsgruppe läßt sich aus der Höhe der Senkung irgendeine Tatsache entnehmen über die allgemeine Wahrnehmung hinaus, daß hier das Blut irgendwie gestört sei. Wenn trotz dieser Allgemeingültigkeit des Befundes sich diese Methode einen so großen Anhängerkreis hat verschaffen können, so wird allein hierdurch schlagend die Notwendigkeit der Erweiterung unspezifischer Krankheitszeichen zur Feststellung von „Krankheit an sich" bewiesen.

Älter und ebenfalls ziemlich verbreitet ist unsere Methode des Hämogramms, die eine solche Vereinfachung und Objektivierung des morphologischen Blutbefundes anstrebt, daß seine Heranziehung auch für den Praktiker möglich werden soll. Wenn auch zweifellos zeitraubender und technisch schwieriger, so sind ihre Resultate in bezug auf Vielseitigkeit der Senkungsreaktion sehr vielfach überlegen. Denn während die Senkungsreaktion immer wieder nur das Phänomen in verschiedener Höhe anzeigt, ergeben sich im Hämogramm die verschiedensten Gruppierungen der einzelnen Klassen z. B. für die allergischen Reaktionen Eosinophilie, oder wir erkennen akute Reaktionen in der „neutrophilen Kampfphase" an Neutrophilie und Kernverschiebung, „Krisen" in der „monozytären Abwehr- oder Überwindungsphase" oder Heilungstendenzen in der „lymphozytären Heilphase". Ein gut ausgelegtes Hämogramm kann in einem Infektionsfalle z. B. uns in einer Feststellung ungefähr soviel zeigen wie eine mehrtägige Fiebermessung, d. h. Grad, Verlauf und Prognose einer Erkrankung ungefähr beurteilen lassen. Mehrfache Hämogramme als „biologische Leukozytenkurven" zeigen viel mehr. Endlich kann ein Hämogramm durch wirklich spezifische Befunde wie pathologische Blutzellen und Blutparasiten direkt spezifische Erkennungen ermöglichen. Das leuko-

Cardiazol-Chinin-Bohnen

(0,05 Cardiazol + 0,1 Chinin. hydrochl.)

Die Kombination wirkt

resistenzsteigernd,
antifebril,
kreislauftonisierend,
antiparasitär

und findet zweckmäßig Verwendung bei

fieberhaften Erkrankungen,

Pneumonie,

Malaria.

Der myotrope Effekt kommt zur Geltung

bei **Arhythmie, paroxysmaler Tachykardie,** ferner
bei **Wehenschwäche** und **Frühgeburt.**

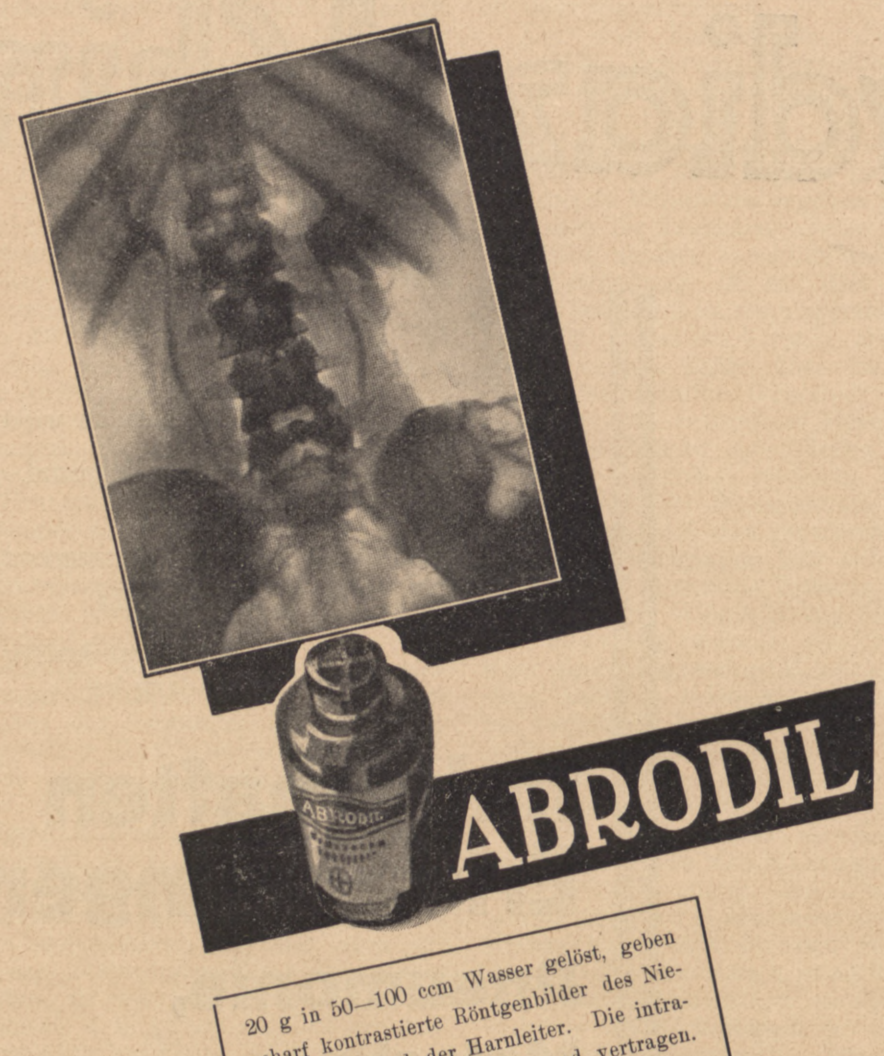
Kreislaufstörungen, die infolge Chininmedikation auftreten können, werden weitgehendst ausgeschaltet.

Rp. Cardiazol-Chinin-Bohnen
20 Stück Originalpackg. (RM. 2.—).

S. 2—3mal täglich 2—3 Bohnen,
für größere Kinder 1 Bohne.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.



20 g in 50—100 ccm Wasser gelöst, geben scharf kontrastierte Röntgenbilder des Nierenbeckens und der Harnleiter. Die intravenöse Injektion wird glänzend vertragen.

ORIGINALPACKUNGEN:

Gläser mit 20 u. 100 g

Flasche mit 50 ccm einer 40%igen gebrauchsfertigen Lösung



»Bayer-Meister Lucius«
Pharmaz.-Wissenschaftliche Abteilung
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

zytäre Hämogramm hat nur den einen Fehler, daß es bei den allerschwierigsten Grenzzuständen der „Krankheit", besonders bei sehr chronischen Infektionen, manchmal kaum mehr reagiert, und deswegen haben wir schon seit Jahren empfohlen, SR. und Hämogramm zu kombinieren. Ein positiver Senkungsausfall unterstützt dann z. B. stabkernige Verschiebungen im Hämogramm von geringsten Ausmaßen.

Als erythrozytäre Ergänzung des Hämogramms dient uns die Methode des „Dicken Tropfens". Diese von R. Roß erdachte Methode bezweckt eigentlich den leichten Nachweis von Blutparasiten in hämolysierten dicken Blutschichten, hatte also eine ganz spezifische Bedeutung. Erst durch unsere Feststellung der leichten Sichtbarkeit polychromatischer Erythrozyten in den DTr., die in Form feiner blauer Netze verschiedener Gestaltung sich zeigen, gewann diese Methode eine unspezifische Bedeutung, insofern sie nun als ganz einfacher Gradmesser einer normalen, verstärkten oder gestörten Reaktion der roten Blutregeneration verwendet werden kann. Es ist noch wenig bekannt, an wie vielen krankhaften Zuständen des Körpers das rote Blutsystem als Atmungsträger, als Stoffwechselorgan oder passiv teilnimmt. Die außerordentliche Häufigkeit der Anämisierung durch infektiöse oder toxische Schädigung ist zwar Allgemeingut, doch wird in Wahrheit von dieser Beobachtung ärztlich nicht allgemein Gebrauch gemacht. Aber auch bei endokrinen Zuständen, Störungen der Zirkulation und der Atmung nimmt das rote Blut sehr erheblichen Anteil, und zwar oft so, daß von einer klinischen Anämie gar keine Rede sein kann: Hb. und Erythrozytenzahl erscheinen völlig normal und doch zeigt uns der „Dicke Tropfen" ein Bild mit zahlreichen blauen Netzen als Zeichen vermehrter Regeneration, was man als vermehrten Blutumsatz oder „latente Mauserung" bezeichnen kann. Vergleichende Untersuchungen haben uns in der Tat erwiesen, daß sehr viele ganz leichte und ganz chronische Krankheitszustände, die sonst zunächst keinerlei greifbare Anzeichen bieten und selbst dem Bewußtsein des Kranken völlig entgehen können, sich schon in deutlichen Graden im DTr. spiegeln. Unter 100 ausgewählt schwierigen Grenzfällen fanden wir (3) den DTr. 90 mal positiv, während das leukozytäre Hämogramm allein nur 74 positive Ausschläge gab. 15 mal war der DTr. morphologisch allein Symptom des Krankheitszustandes. Die wegen ihrer Empfindlichkeit berühmte Senkungsreaktion zeigte dagegen nur 57 positive Ausschläge bei den gleichen Fällen.

Endlich ist eine ganz neue Blutmethode zu erwähnen, das „Guttadiaphot" nach Meyer, Bierast und Schilling (3), das ebenso allgemein wie die Senkung gestörte Blutbeschaffenheit oder noch allgemeiner ausgedrückt „krankes Blut" anzeigt. Diese Methode hat nun mit der Senkung die allergrößte Einfachheit gemeinsam; sie besteht in dem einfachen Auftropfen von frischem Venenblut aus einer reinen trocknen Spritze auf drei präparierte Fließpapierstreifen und in der Betrachtung der eingetrockneten Bilder im durchscheinenden Lichte. Es ist sicher, daß diese Methode von jedem Praktiker noch leichter gebraucht werden kann als die SR. und sie ergab uns in den gleichen 100 Fällen 67 mal ausgesprochen positive, 24 mal schwach positive Reaktionen. Sie ist also jedenfalls empfindlicher als die SR. (nur 57 Fälle positiv), ebenso empfindlich wie das aus Leukozyten und DTr. zusammengesetzte Hämogramm, in der Art der Bilder auch vielseitiger als die SR., und dennoch im ganzen unspezifisch wie sie. Noch ist die einfachste Erklärung der Ursache der als „krankhaft" anzusehenden Tropfbilder, daß der kolloidale Zustand des Blutes durch die Krankheit des Organismus geändert wird, d. h. daß das Blut seine physiologische „Eukolloidität" verliert. Fast ausnahmslos ließ sich die Richtigkeit der Reaktion des Guttadiaphots durch ebenfalls positiven Ausfall einer der genannten anderen Blutmethoden erweisen, so daß in praxi das Guttadiaphot allein den unspezifischen Anteil dieser Blutverfahren zu ersetzen imstande ist, allerdings nicht so leicht Gradfestlegungen gestattet wie die SR. und nicht so feine Differenzierungen ermöglicht wie das Hämogramm.

Nehmen wir nun alle diese unspezifischen Erscheinungen des kranken Körpers, die wir methodisch in den Verhältnissen der Praxis wirklich erfassen können, zusammen, so erhalten wir die Untersuchungsmethode, die wir (4) als „Unspezifischen Status" empfehlen. Im einzelnen kann man sagen, es sind:

nervöse Allgemeinerscheinungen = subjektivem Krankheitsbegriff,
das Gewicht = Stoffwechselbilanz,
die Temperatur = Zeichen erhöhten Chemismus,
leukozytäres Hämogramm = Entzündungsphänomene,
Dicker Tropfen = Affektion der Atmungsträger,
Senkungsreaktion = Vorhandensein von Abbauprodukten,
Guttadiaphot = komplexe kolloidale Blutschädigung.

Ordnen wir diese Symptome nebeneinander, in einer Formel, an, so haben wir ein außerordentlich übersichtliches Bild von dem Vorhandensein allgemeiner körperlicher Reaktionen gegen die Krankheitsursache und können daraus mit großer Sicherheit auf eine den Organismus als Ganzes beeinflussende Störung, d. h. eine „Krankheit" schließen.

Zur Illustration mögen folgende Beispiele dienen (s. Tabelle):

Beispiele. Beim Vortrage wurden 14 klinische Fälle demonstriert; hier sind, aus größerem Materiale ausgewählt, die meisten Beispiele gekürzt der Literaturnummer 4b entnommen (mit Ausnahme von Fall 3).

Unspezifischer Status der Beispiele.

	Grund der Untersuchung; Vordiagnose	subjektive u. nervöse Beschwerden Nerv.	Körpergewichtsschwankung Gew.	Temperaturerhöhung Temp.	Hämogramm (Leuk.) Hgr.	Dicker Tropfen DTr.	Senkungsreaktion SR.	Guttadiaphot Gu.	Schlußdiagnose
1.	tropendienstfähig?	—	—	—	—	—	—	—	gesund
2.	Neurasthenie? Tbk.-Furcht	+	—	—	—	—	—	(+)	Neurasthenie
3.	Gesundheitsattest	—	—	—	++	+	nicht untersucht		akuter Infekt
4.	Dissimulation? (angeblich nur nervös)	+	+	(+)	++	++	++	++	Tuberkulose
5.	Hypochondrie	+	—	—	(+)	++	—	++	Tuberkulose
6.	Ungeklärte Beschwerden	(+)	+	—	(+)	(+)	++	++	Magen-Ca.
7.	Neurasthenie. Leukämie?	(+)	—	(+)	++	++	++	++	Lues III (Wa+++)
8.	Neurasthenie? (Rohkostbehandlung)	++	—	—	++	++	++	++	Taboparalyse (Wa —)
9.	chronisches Magenleiden	(+)	++	+	++	++	++	++	Tuberkulose, schwere

Fall 1. Negativ. *Untersuchung auf „Gesund“* wegen Tropendienstfähigkeit.

G. 44 Jahre, soll als Beamter in die Tropen reisen. Blasse Gesichtsfarbe angeblich familiär. Ohne klinischen Befund.

Hämogramm

Zahl	Bas	Eos	My	Ju	Stabk.	Segm.	Ly	Mon
normal	1	2,5	—	—	4,5	60,5	24	7,5 = normal

D. Tropfen: Polychromasie (+); Basophile Punktierung: — = normal

Senkungsreaktion: Nach 1 Stunde 3 mm, nach 2 Stunden 7 mm ($^3/_7$ mm) = normal

Guttadiaphot: Streifen I —; Streifen II —; Streifen III — = normal

Kein Anzeichen organischer Erkrankung; nach Chininprobe Zeugnis erteilt.

Fall 2. Negativ, *im Gegensatz zu starken subjektiven Beschwerden.*

G. 35 J. Patient *befürchtet Tuberkulose*; Arzt nahm Neurasthenie an.

Klagen über Paraesthesien, Schweiße, Beklemmungen, Schwäche, Impotenz.

Untersuchung auf Antrag der Behörde. Starkes subjektives Krankheitsgefühl.

Hgr.: normal /0,5 1,5/ — — 1 62,5 / 28 6,5/ = normal.
DTr.: P + $^1/_2$; BP — = fast normal
SR.: $^4/_{10}$ mm = normal.
Gu.: etwas abnorme Koronen auf I, II u. III = abnorm.

Die Befunde sprechen für leichte endokrine Schädigung, aber nicht für Tbk.

Fall 3. Positiv, ganz überraschend, *bei Untersuchung auf „Gesund“.*

v. S., etwas Mitte 50. J. soll „abgebaut“ werden als politischer Beamter; bittet um Gesundheitsattest. Bis auf rheumatische Beschwerden stets völlig gesund. Klin. Untersuchung o. B. Beim Abholen des Attestes klagt P. über verstärkte rheumatische Beschwerden und gibt an, viel Pyramidon gebraucht zu haben. Zufällig wurde der Untersuchungsbefund von Hgr. und DTr. erst nach Ausstellung des Gesundheitsattestes fertig und ergab *ganz überraschend schwer positive Befunde.*

Hgr.: etw. vermehrt /0,5 —/ — — 25,5 59,5 / 10,5 4/ = neutrophile Kampfphase.

P. wurde verwarnt, war aber ganz ungläubig, daß er krank sein sollte und reiste ab. Am 4. Tage Telegramm, daß nach 3 Tagen schweren Kopfschmerzes Fieber bis 39,5 Grad eingetreten sei. Aufnahme in Klinik bei Fortdauer angeraten; von dort wird *akuter Infekt unbekannter Art* bestätigt.

DTr.: P + + + BP: + = ausgesprochene Regeneration.

SR. und Gu. wegen Abreise nicht gemacht. Toxische Granulation der Leuk. Diagnose: starker latenter Infekt!

Der Fall lehrt, wie selbst ohne subjektives Krankheitsgefühl latente Infekte bestehen und *in der Prodromalzeit bereits* erkannt werden können.

Fall 4. Positiv, *trotz völlig geleugneter Beschwerden organischer Art.*

Frau F. 43 J. P. gibt sich als schwernervös aus; Grund: Askariden (!). Auf Wunsch des Gatten (Ausland) soll P. eingehend untersucht werden, hatte aber psychische Gründe, nicht in die gewünschte Kurbehandlung zu gehen, sondern wollte evtl. nach Hause zurück. Nervenspezialist fand keine funktionelle Neurose, sondern hatte *Verdacht auf organische Erkrankung.*

Äußerer Eindruck hager, aber gesund. Klinisch nur vereinzelte katarrhalische Geräusche über den Lungen, sonst o. B.

Hgr.: 9000 /0,5 4/ — 1 11,5 61,5 / 17 4,5 / = leichte neutrophile Kampfphase mit Eosinophilie

DTr. P + + + BP + $^1/_2$ = toxische Anämisierung (Hb 92 Proz.)

SR. stark beschleunigt = stark positiv

Gu.: I b + c II b + c III b + c = stark positiv.

Der unspezifische Status stand also *in vollem Gegensatz zu den Angaben der Patientin*; Röntgenplatte ergab *hiläre produktive Lungentuberkulose*, die durchreisender Hausarzt zufällig als seit Winter bestehend bestätigen konnte. P. gab nun Dissimulation zu und reiste ab zur Kur.

Nachträglich gab P. auch zu, daß sie Brustschmerzen, Krankheitsgefühl und Gewichtsverluste bemerkt hatte und daß zeitweise Fieber bestand.

Fall 5. Positiver Status *bei Untersuchung auf „Gesund“.*

B. 43 Jahre gab an, von Arzt für „Hypochonder“ gehalten zu werden, weil seine Frau vor 2 Monaten an Tuberkulose gestorben war. Er selbst hielt sich für „angesteckt“.

Klinisch sehr gesunder robuster Mann. Auskultatorisch etwas unreines Atmen über den Spitzen.

Hgr.: hochnorm. /0,5 0,5/ — — 1,5 72/ 14 11,5/ = Neutrophilie, Lymphopenie, Monozytose.

DTr. P. 333 BP + $^1/_2$ = toxische Anämisierung.

SR.: $^8/_{20}$ mm = Grenzbefund.

Gu.: I b + c II b + c III c + d = pathologisch.

P. gibt nachträglich an, daß er 1929 Rippenfellentzündung hatte, von der eine rechtsseitige Adhärenz röntgenologisch nachweisbar war. Röntgenplatte wurde angeraten, die eine *starke Strangzeichnung rechts vom verstärkten Hilus ergab.* Pirquet sehr stark positiv.

Nunmehr wurde *aktive Tuberkulose* auf Grund des positiven unspezif. Status angenommen. Temperaturkurve erwies sich als positiv.

Fall 6. Positiv *bei ungeklärten Beschwerden.*

B. 63 Jahre, wird wegen seit Monaten bestehender allgemeiner Klagen über Magen-, Brust- und Seitenschmerzen mit Gewichtsabnahme *ohne Fieber* vom behandelnden Arzt zur

Klärung überwiesen. Anfrage, ob Alterserscheinungen die Beschwerden erklärten (also funktionelle Beschwerden).

Bei geringem Krankheitsgefühl sonst Klagen über Schmerzen; deutliche Unterernährung. Fieber fehlte.

Hgr.: hochnormal /0,5 2/ — — 4 68,5 / 10 15 / = Neutrophilie, Monozytose.

DTr. P + 1/2 BP (+) = toxische Anämisierung erkennbar.

SR. 6/30 mm = pathologisch.

Gu.: I b + c II b + c III b + c + d stark positiv.

Hiernach erschien organischer Prozeß gewiß. Röntgenbefund am Magen, wie auswärts, zuerst negativ (!). Beim Aushebern Blutspuren; Achylie.

Röntgenuntersuchung im Liegen ergab vorgeschrittenes Kardiakarzinom, was erfahrungsgemäß leicht übersehen wird.

Der positive unspezifische Status war tumorverdächtig nach Art des Hämogramms ohne Infektionszeichen und der erheblichen Senkung, und leitete daher von selbst zur genauen spezifischen Untersuchung.

Fall 7. Positiv bei falscher Vordiagnose.

Frau B., 68 Jahre, war lange Zeit wegen Neurasthenie in ärztlicher Behandlung und wechselte den Arzt, da sie sich kränker werden fühlte. Zweiter Arzt fühlte zufällig eines Tages verhärtete Leber und Milz und schickte P. zur Untersuchung auf Leukämie.

Nur ganz allgemeine Klagen, angeblich früher zeitweise etwas Temperatur.

Hgr.: vermindert / — 2 / — 2,5 10,5 34,5 / 40,5 10 / = Bild der chronischen Infektion (Kernverschiebung Lymphomonozytose).

DTr. P + + + + BP + = starke Anämisierung.

SR. 80/100 mm = schwer positiv.

Gu.: I b + c + (e) II b + c + (e) III b + c + d + (e) = fast stärkster Grad positiv.

Derartige Diskrepanzen zwischen geringen klinischen und subjektiven Befunden und stärkstem unspezifischen Status finden sich besonders bei Tumoren und bei Lues. Leukämie fiel ganz fort. Wassermann: + + +. Diagnose: Seropositive Lues III. P. wurde zur spezifischen Kur zurückverwiesen.

Fall 8. Positiv bei unstimmiger Vordiagnose.

Frau M. 55 J. war seit 10 Jahren in ärztlicher Behandlung wegen allgemeiner Neurasthenie; dann nahm man zeitweise funikuläre Myelose an, doch bestätigte der Blutbefund keine Anämia perniziosa. Ein Arzt nahm wegen Pupillenstarre Lues an, doch war die WaR. stets völlig negativ. Vor 3 Jahren Sanatoriumsbehandlung wegen Magenleiden. Jetzt Rohkosttherapie. Venerische Infektion sehr lebhaft geleugnet.

Klin. Untersuchung zeigte sofort schwere Nervenstörung, spastisch ataktischen Gang, Pupillenstarre; vorhandene Kniesehnenreflexe, aber Babinski +.

Subjektiv verhält sich P. merkwürdig ablehnend und euphorisch.

Hgr.: normal /0,5 1,5/ — 0,5 8 52 /28 9,5/ = geringe Kampfphase chronisch.

DTr. P + + + 1/2 BP (+) = starke Anämisierung.

SR. stark positiv (Zahlen abhanden gekommen).

Gu. I b + c II b + c III b + c + e = stark positiv.

WaR. und Liquor völlig negativ nach allen Methoden!

Trotzdem wurde Lues III seronegativa angenommen nach starkem organischen Befunde und klinischem Nervenstatus.

P. erkrankte bald darauf schwer an sicherer Taboparalyse, die rapide fortschritt und therapeutisch unbeeinflußbar war.

Dieser Fall zeigt Verwendung und Wert des unspezifischen Status bei chronischer Lues.

Fall 9. Positiv bei falscher Vordiagnose.

N. 25 Jahre, war seit 1 1/2 Jahren in ärztlicher Behandlung wegen chronischen Magenleidens. Zuletzt gebrauchte er unter Aufsicht eine Diätkur, die ihm 25 Pfund Abnahme einbrachte und ihn zum Wechsel der Behandlung veranlaßte. 1928 Rippenfellentzündung „ausgeheilt". Etwas Hustenreiz ohne Auswurf; angeblich nie Fieber. Euphorie.

Bereits äußerlich als fast kachektisch erkennbar. Unten rechts über der Lunge leises Crepitieren (alte Rippenfellentzündung!) und Dämpfung. Hochstand der r. Grenze. Vereinzelte katarrhalische Geräusche über den schmalen Spitzen; etwas rauhe Atmung überall. Sonst o. B.

Hgr.: leicht vermehrt / 1,5 1 / — 3,5 16,5 53,5 / 17 7 / = starke neutrophile Kampfphase.

DTr. P + + + BP + + = stark positiv für toxische Anämie.

SR. 28/54 mm = stark positiv.

Gu.: I b + c II b + c III b + c + d = stark positiv.

Bei einem solchen unspezifischen Status war die schwere organische Erkrankung sicher. Röntgenplatte ergab ausgedehnte beiderseitige perihiläre Tuberkulose exsudativen Charakters. Die Eigenart der Anordnung erklärte die Verkennung des Leidens, die aber mit Unsp. St. ganz unmöglich gewesen wäre.

Die Übersichtstabelle zeigt die unspezifischen Status der 9 Fälle nebeneinander und ergibt bei Betrachtung der senkrechten Reihen die hohe Empfindlichkeit der subjektiv-nervösen Klagen und die den anderen unspezifischen Verfahren weit überlegene Ausdrucksfähigkeit der Blutbefunde, von denen DTr. und Gu. etwa gleich empfindlich sind. Die Betrachtung der einzelnen Hämogramme im Text ergibt aber unzweifelhaft die große Vielseitigkeit dieser Methode.

Man wird vielleicht einwenden, daß eine solche verfeinerte Methodik doch nur ein begrenztes Anwendungsgebiet habe. Hierüber sind wir nach mehrjährigen Erfahrungen ganz anderer Meinung geworden. Die Zahl der Fälle, in denen die Anwendung des unspezifischen Status einen großen Gewinn gebracht hat, ist viel größer gewesen, als wir anfänglich glaubten. Man kann folgende Gruppe unterscheiden:

1. Fälle, die trotz sorgfältigster Untersuchung bisher keine Anhaltspunkte für organische Erkrankung ergaben, aber

a) subjektiv sich krank fühlen, b) ganz allgemein einen ungesunden Eindruck machen.

In der Gruppe a) finden sich jene unglücklichen „Neurastheniker", die von Arzt zu Arzt eilen und mangels objektiver Krankheitszeichen als Hypochonder usw. mißachtet werden. Allerdings befindet sich unter ihnen ein nicht unerheblicher Teil, der auch nach Anerkennung der Berechtigung seines Krankheitsgefühls klinisch nicht weiter erweisbar bleibt, denn selbstverständlich ist die Folge der Feststellung eines positiven „unspezifischen Status" die allergenaueste Anwendung aller irgendwie in Frage kommenden Methoden. Nur der Zufall bringt unter diesen lange unlösbaren Rätseln plötzlich eine oft ganz ungeahnte Entdeckung, die die Berechtigung des positiven, unspezifischen Status dartut. So entleerte z. B. ein Patient nach 1 1/4 jährlicher negativer klinischer Beobachtung einen dicken eitrigen Bodensatz im Urin (durchgebrochener Nierenabszeß). Die Mehrzahl dieser Patienten wird jedoch durch die angewendeten spezifischen Verfahren bald richtig eingeordnet, wenn erst die Überzeugung von ihrer organischen Erkrankung besteht.

Zu der Gruppe b) gehören besonders ganz chronische Infektionen, die sich völlig schleichend und fast fieberlos entwickeln. Die feinsten spezifischen Untersuchungen mit Röntgenverfahren, Sputum-, Urinuntersuchung, alles versagt, so daß das krank-

hafte Aussehen schließlich als „konstitutionell" betrachtet wird. Mit dem unspezifischen Status erhält man dagegen positive Befunde oft mit allen vier Blutverfahren und bei wochenlanger Temperaturkontrolle entdeckt man die feinen Temperaturschwankungen, die bei der Einzeluntersuchung immer entgangen waren.

Weit zahlreicher aber sind:

2. Fälle, die von anderer ärztlicher Seite oft vielfach untersucht, aber in wichtigen Punkten aus Zeitmangel oder Unaufmerksamkeit oder unvollständiger Technik unrichtig beurteilt sind.

Kommen solche Fälle zur Untersuchung und berichten sie, welche ärztlichen Verfahren bereits auf sie angewendet worden sind, so ist es oft sehr schwer, sich bei einer einzelnen konsiliarischen Betrachtung ein richtiges Bild von dem Patienten zu machen. Hier entscheidet der „Unspezifische Status" oft sofort, ob die angegebenen funktionellen Diagnosen annähernd zutreffen oder ob erhebliche Mißdeutungen organischer Zustände vorliegen. Als Beispiele seien erwähnt ein Fall von Magenkarzinom, der als Angina pectoris ins Bad geschickt worden war, eine Tuberkulose, die lange Zeit als Magenneurose diätetisch behandelt war, ein „Rentenjäger", der in Wahrheit eine Endocarditis lenta hatte u. a. Hier ist das Wichtige, daß in einer Sprechstundenfeststellung manchmal eine bessere Gewißheit über den krankhaften Zustand des Organismus gewonnen werden konnte wie durch lange ärztliche Beobachtung oder gar klinische Aufnahme vorher.

Endlich kommen hinzu:

3. Fälle, die sich auf „gesund" untersuchen lassen.

Die Gründe gibt es zahlreiche, z. B. Heeres- oder Tropendienstfähigkeit, Lebensversicherung, Sport, Krankheit von Angehörigen und nicht ganz selten jetzt die periodische allgemeine Gesundheitsuntersuchung, die in Amerika schon viel verbreiteter ist.

Hierfür eignet sich der „Unspezifische Status" ganz vortrefflich, da meines Wissens keine Methode so schnell und so objektiv über das wirkliche Vorliegen von Gesundheit orientiert, wie gerade der Blutanteil des Schemas.

Allerdings muß man die Grenzen der Methode kennen. Man muß wissen, daß leicht Ausschläge des unspezifischen Status bis in das Physiologische z. B. Periode und Schwangerschaft hineinreichen, daß endokrine Erkrankungen besonders der Schilddrüse leichteren Infektionen gleichsehen können und daß endlich immer nur die Unspezifität des Verfahrens bei seiner Auswertung in den Vordergrund gestellt werden soll. Hat man also z. B. den „Verdacht auf Tuberkulose", so kann ein positiver unspezifischer Status das Vorhandensein aktiver Tuberkulose bedeuten; es könnte aber auch sein, daß der spezifische Röntgenbefund einen längst abgeheilten Prozess gezeigt hat, und daß der unspezifische Status positiv war durch ein Kieferhöhlenempyem, das übersehen worden war.

Fälle von sonst erweisbarer organischer Erkrankung, die vom „Unspezifischen Status" nicht erfaßt werden, sind meiner Erfahrung nach außerordentlich selten.

Wer sich aber hineingedacht hat in das Verfahren, wird in den besonders aufgezählten Fällen zweifellos bald eine wesentliche Vertiefung seiner Auffassung allgemeinerer Krankheitszustände empfinden mit Mitteln, die auch dem beschäftigten Praktiker, vor allem aber dem Facharzt für Innere Medizin, wirklich erreichbar sind.

Spezielle Literatur über „Unspezifischen Status".

1. Verfasser, Erweiterung des Krankheitsbegriffes. Verhandl. der Dtsch. Ges. f. Inn. Med. 41. Kongreß. Wiesbaden 1929, 146.
2. Verfasser, Das Guttadiaphot. G. Fischer, Jena 1929.
3. Verfasser, Zusammenwirken einfacher Blutuntersuchungsverfahren. Guttadiaphot IV. Z. klin. Med. 109, 560 (1928).
4. Verfasser, Unspezifischer Status. a) Dtsch. Med. Wschr. 1930, H. 13. b) Z. klin. Med. 112, 596 (1930).
(Über „Hämogramm" und „Dicken Tropfen" s. „Das Blutbild" 7/8. Aufl. G. Fischer, Jena 1929).

Prof. Dr. Victor Schilling, Berlin W 15, Sächsische Str. 8.

3. Kreuzschmerz und Wirbelsäule [1].

Von

Prof. Dr. M. zur Verth, Priv.-Doz. in Hamburg.

(Schluß.)

Von den im Laufe des Lebens erworbenen chronische Kreuzschmerzen erzeugenden Wirbelerkrankungen steht im Vordergrund die

Spondylose.

Es ist an der Zeit, endlich mit den alten Bezeichnungen zu brechen. Nur klare Namen schaffen klare Begriffe. Die Spondylose wird gewöhnlich als Spondylitis deformans bezeichnet. Die entsprechende entzündliche Erkrankung als Spondylitis ankylopoetica. Spondylosis und Spondylitis — entsprechend Arthrose und Arthritis — sind kurze, klare und voraussetzungslose Namen, für jeden verständlich, der in den Geist medizinischer Namengebung eingedrungen ist.

Nach einem Leben voller schwerer körperlicher Arbeit stellt die Spondylose der Lendenwirbelsäule sich häufig ein. Bei konstitutioneller Veranlagung tritt sie auch ohne Überbeanspruchung schon im Mannesalter oder gar bei Jugendlichen auf. Traumen können zu ihrer Entstehung beitragen. Gaugele leugnet das. Er bezeichnet die Randlippen und -zapfen an den Nachbarwirbeln neben Kompressionsbrüchen als Kallus. Das bedeutet nur ein anderes Wort.

Man wird nicht fehlgehen, wenn man Randwülste an den Wirbelkörpern weniger benachbarter Wirbel als Bestätigung einer Gewalteinwirkung von außen deutet, während Zeichen der Spondy-

[1]) Antrittsvorlesung am 11. Februar 1930.

lose, über eine Reihe von Wirbeln verbreitet, auf konstitutionelle Entstehung oder langandauernde Überbeanspruchung hinweisen.

Die Spondylose ist eine Aufbraucherkrankung. Daß die Lippenrandwulst- und Spangenbildung als Stützkonstruktion aufzufassen ist bei versagender Wirbelsäule, daß der Anbau der Randwülste dem Verbrauch des Gelenks Einhalt gebieten will, wie Schanz das annimmt, ist eine brauchbare Vorstellung, ohne indes über die Wertigkeit einer spekulativen Idee herauszugehen.

Ungleich der entzündlichen Wirbelsystemerkrankung, der chronischen Spondylitis, die ebenfalls unten am Lendenwirbel beginnen kann, in anderen nicht seltenen Fällen jedoch oben vom Hals- und Brustteil ihren Ausgang nimmt (Form Bechterew), wird von der Spondylose der mit der größten Last bepackte Teil der Wirbelsäule, die Lendenwirbelsäule und auch die untere Brustwirbelsäule meist zuerst befallen. In einigen Fällen läßt sich nachweisen, daß die bei besonderen Tätigkeiten mehr beanspruchte Seite vorwiegend befallen wird. Auch auf die Gegend des Kreuzlendenwinkels, auf die sich ja die Last des ganzen Rumpfes vereinigt, kann sich die Spondylose im wesentlichen beschränken (Barsony).

Wie die Knorpeldegeneration die Arthrose, so scheint der Elastizitätsverlust der Bandscheibe die Spondylose einzuleiten. Die Bandscheiben quellen seitlich über ihre normale Begrenzung hinaus. Verschmälerungen der Zwischenräume zwischen den Wirbelkörpern sind oft frühe Zeichen. Zunächst zarte oder zackige, später massige, klobige Randwulstbildungen, die sich zu henkelartigen Überbrückungen der Bandscheiben auswachsen können, gehen von den Kanten der Wirbelkörper aus. Die Wirbelkörper können sich abplatten, können besonders im vorderen Teil etwas zusammensinken, so daß die Körper sich der Keilform nähern. Sie können, meist unregelmäßig wolkig, sklerosieren. Besonders oft wird diese Sklerosierung am lumbosakralen Übergang beobachtet.

Wenn ich die Spondylose als Ursache der Kreuzschmerzen anführe, so bedeutet das nicht, daß umgekehrt jede Spondylose mit Schmerzen verbunden ist. Nicht selten überraschen Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule, die aus irgendwelchen Gründen, z. B. wegen Nierenleiden oder akuter Verletzungen, aufgenommen wurden, mit recht erheblichen Randwülsten, ohne daß sich ihr Träger eines Leidens bewußt wurde.

In anderen Fällen treten örtliche Beschwerden zunächst gänzlich zurück. Jahrelang bestehender Knieschmerz, der einer befriedigenden Deutung nicht zugänglich war, aber auch als Arthrose, als Neuralgie, ja, als „Zerreißung der Kreuzbänder" gedeutet wurde, findet seine überraschende Aufklärung, wenn, oft nach langer Zeit, der Kreuzschmerz hinzutritt, und das Rötgenbild bei gesundem Knie Wülste und Zacken und Schuppen an den Lendenwirbelkörpern ergibt. Der Schmerzerregung am Orte ging die Wirkung der Randwülste auf die hinteren Wurzeln voraus.

Am Orte, an dem Eugen Fraenkel und Simmonds gelehrt und gewirkt haben, wäre es pietätlos, nicht auch die weit seltenere, aber viel zielsicherer fortschreitende

Spondylitis (Spondylarthritis ankylopoetica)

kurz zu beleuchten. Sie bevorzugt das mittlere Mannesalter. In ihren Ursachen stehen rheumatische Schädlichkeiten im Vordergrund. Die von Fraenkel stark betonte traumatische Ätiologie begegnet mit Recht immer mehr Zweifel und Ablehnung. Sie steht im selben Verhältnis zur Spondylose, wie die Arthritis zur Arthrose.

Sie kann schmerzlos verlaufen, aber auch mit lebhaften Schmerzen verbunden sein.

Meist beginnt der Versteifungsprozeß in der Lendenwirbelsäule, um nach oben bis zur Schädelbasis vorzuschreiten, seltener umgekehrt. Die Unterscheidung der Formen nach Strümpell, Pierre Marie und Bechterew ist nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Das charakteristische und meist auch primäre Zeichen ist die Verknöcherung der kleinen Wirbelgelenke, die meist von ebenmäßiger knöcherner Überbrückung der in Form und Größe unverändert erhaltenen Bandscheiben begleitet wird. Verknöcherung der Bänder, besonders der Lig. interspinalia gesellt sich dazu. Die kleinen Rippen-Wirbelkörper- und Rippen-Querfortsatzgelenke, sowie die Schlüsselbein-Brustbeingelenke verknöchern, so daß der Brustkorb ruhig gestellt wird. Die Bänder zwischen Wirbelsäule und Rippen werden in die Verknöcherung einbezogen.

Wie bei der Arthritis fallen die Kalksalze des Knochens der Aufsaugung anheim.

Iridozyklitis zeugt nicht selten für die infektiöse Allgemeinerkrankung. Tuberkulose kann im Spätstadium dem ständig fortschreitenden, zur völligen Versteifung der Wirbelsäule und des Brustkorbes führenden Krankheitszustande ein Ende machen.

Im Röntgenbild führen die Atrophie, die den Schatten der Querfortsätze unsichtbar machen kann, die gleichmäßige Verknöcherung der bindegewebigen Übergänge der Zwischenwirbelscheiben, der Gelenke, sowie der Lig. interspinalia zu einer Wirbelsäulenzeichnung, die seitlich von einer gleichmäßigen Wellenlinie begrenzt ist und in der Mitte so wie an beiden Seiten von 3 Längsbändern durchzogen wird, von denen das mittlere den Dornfortsatzbändern, das seitliche den Gelenkfortsätzen mit den knöchern verbundenen Gelenken entspricht. Das Wirbelsäulenbild bei Spondylitis ist vielfach mit Flämischen Säulen oder mit bambusähnlichen Bildungen verglichen worden.

Die Form der gleichmäßigen glatten Überbrückung ist meist leicht von der groben, unregelmäßigen Henkelform bei Spondylose zu unterscheiden.

Es darf indes nicht verschwiegen werden, daß die Trennung dieser Formen nicht immer glatt und leicht möglich ist. Daß sich die Formen mischen können, so daß ihre Zugehörigkeit aus dem Röntgenbild allein nicht immer sicher zu erkennen ist.

Wenn die Spondylose besonders im reiferen Alter in vielen Fällen den Kreuzschmerz erklärt, die Spondylitis besonders das mittlere Mannesalter befällt, muß im jugendlichen Alter die

Tuberkulose der Wirbelsäule

in ihrem Anfangsstadium oft als Ursache zunächst dunkler Kreuzschmerzen in Erwägung gezogen werden. Aber auch bei Erwachsenen, selbst bei Greisen, kommt die Tuberkulose der Wirbelsäule vor.

Hat die Tuberkulose zum typischen winkligen, oder in seltenen, meist vorgeschrittenen Fällen auch bogenförmigen Gibbus, zum Senkungsabszeß und zu Marksymptomen geführt, dann gibt sie keine diagnostischen Rätsel mehr auf. Anders aber, wenn grobe Veränderungen noch fehlen, oder aber, wenn nach abgelaufenem Prozeß mit oder ohne Kyphose zu ergründen ist, worauf die Wirbelkörpererkrankung zurückgeht.

Mit den obersten Halswirbeln wetteifert die Lenden- und unterste Brustwirbelsäule als häufigster Sitz der Wirbeltuberkulose. Nach dem Grade der Beanspruchung erkrankt beim Kleinkinde mehr die Brust-, beim größeren Kinde mehr die Lendenwirbelsäule (Spitzy). Besonders an der Brust- und Lendenwirbelsäule ist fast stets der Wirbelkörper erkrankt.

Das bis dahin mit den Gespielen herumtollende Kind wird blaß, launig, zum Spielen und Essen unlustig. Es schont den Rücken, vermeidet es, zu springen, zu hüpfen, sich zu bücken und sich am Boden zu kullern. Statt den Rücken beugt es das Knie. Das Lachen wird zum Lächeln, Husten, Niesen sucht es zu vermeiden. Es dreht den Hals statt den Rumpf. Die Sprache wird gedämpfter, die laute kindliche Fröhlichkeit verschwindet. In Ruhelage fühlt es sich am wohlsten. Der Schlaf wird unruhig. Beim Sitzen hängt es den Oberkörper auf an den Armen, die es neben sich auf den Sitz stemmt. Die Wirbelsäule wird steif gehalten, oft unter verstärkter Lendenlordose, so daß die Brust zur Entlastung des erkrankten Wirbelkörpers ihren Schwerpunkt nach hinten verlegt.

Heben der gestreckten Arme nach vorn wird schmerzhaft (von Baeyersches Zeichen). Seine Spielsachen schleppt das Kind nicht mehr herum.

Neben dem Kreuzschmerz treten Unbehagen und unbestimmte Schmerzen in Brust und Bauch auf. Bauchschmerzen sind besonders bei kleineren Kindern die erste und hervorstechendste Klage.

Vorsichtiges, zartes Klopfen der Dorne und milde Stauungsversuche lösen am erkrankten Wirbel Schmerz aus.

Die Lendenwirbelsäule wird in ihrem erkrankten Teil ängstlich steif gehalten. Auch die Hebung des auf dem Bauch liegenden Kindes am Fußende vermag die Lendenkrümmung nicht zu vermehren.

Subfebrile abendliche Temperaturen, positive Impfungen auf Tuberkulose verstärken den auf Grund der oben erwähnten Zeichen entstandenen Verdacht.

Beim Erwachsenen fehlt vor allem oft das blasse, dürftige Aussehen. Der Ernährungszustand ist oft auffallend gut. Dafür vermag der Erwachsene bestimmter zu berichten, daß die Schmerzen zunächst nur bei aufrechter Haltung eintreten, sich verringern bei Ruhelage, sich steigern beim Tragen.

Die Beweglichkeitsprüfung der Wirbelsäule ergibt deutlicher beim Kind als beim Erwachsenen in der Gegend des Krankheitsherdes Teilversteifungen. Die Umgebung des erkrankten Wirbels fällt aus beim Bücken und bei Seitwärtsneigung.

Das Spiel der Rückenstrecker beim Gang wird undeutlich, um bald ganz zu verschwinden.

Das Röntgenbild ist im Beginn der Tuberkulose meist wenig charakteristisch. Auch bei Kindern sollte vor der Röntgenaufnahme der Darm entleert werden. Der Herd pflegt von vorn unter dem Lig. anterius mit den Gefäßen in den Wirbelkörper einzudringen und am vorderen Rand sein Zerstörungswerk zu beginnen. Kleine Herde entgehen bei der Dicke der Weichteilschichten der röntgenologischen Wahrnehmung. Die Atrophie ist am Wirbelkörper oft wenig ausgesprochen und wird in vielen Fällen durch Kalkablagerungen früh in eine abnorme, fleckige Strahlenundurchlässigkeit oder Knochendichte verwandelt.

Als frühes Zeichen finden sich die durch den Elastizitätsverlust hervorgerufenen Verschmälerungen der Bandscheibe und, besonders auf stirnrechten Bildern, oft flache Höhlenbildungen an den vorderen Körperkonturen.

Erst wenn der Zusammenbruch des Wirbelkörpers zur Abknickung führt, wenn der glattwandige ovale oder runde Abszeßschatten um den Herd die Ausdehnung des Prozesses anzeigt, wird das Röntgenbild wieder zum sicheren Wegweiser.

Heilt die Wirbeltuberkulose aus, ohne Deformierungen zu hinterlassen, ein besonders bei Kindern nicht so häufiges Ereignis, so zeigen Teilversteifungen der Wirbelsäule, Bandscheibenverschmälerungen, wolkige Verdichtungen der Körperzeichnungen, Randwülste und Randlippen den Sitz des Herdes.

Über die

seltenenen und ganz seltenen erworbenen Erkrankungen,

die dem Kreuzschmerz zugrunde liegen, nur noch wenige Worte.

Primäre, meist gutartige und metastatische Geschwülste bevorzugen die Lendenwirbelsäule. Die Lues kann zu oft erheblichen, die Tabes zu oft schmerzlosem Zerfall des Wirbelkörpers führen. Über die Ostitis fibrosa, die Lymphogranulomatose,

über den Morbus Gaucher, über die Osteomalacie als Ursache der Kreuzschmerzen, über die akute und chronische Osteomyelitis auf eitriger und auf typhöser Basis, endlich über die Arthrose der Ilio-Sakralgelenke will ich nicht sprechen, zuletzt aber noch einige Worte einem sehr eigenartigen Krankheitsbild widmen, das schlagartig die Bedeutung der Lumbosakralgegend als Sockel für den Rumpf beleuchtet. Es handelt sich um das Abgleiten der Wirbelsäule nach vorn von ihrer Basis, der in einer nach vorn abschüssigen Neigung von im Mittel etwa 35 Grad stehenden oberen Kreuzbeinfläche.

Die

Spondylolisthese

war bis zur letzten Vollendung der Röntgendiagnostik das Reservat der Geburtshelfer und anatomischen Sammler. Die Becken von Paderborn, von Wien und von Prag gehörten zu den Berühmtheiten der anatomischen Sammlungen. Jetzt finden sich in allen großen Röntgensammlungen Bilder der Spondylolisthese.

Dem Abgleiten nach vorn wirkt entgegen der kräftige und massige untere Gelenkfortsatz, der sich hinter dem Gelenkfortsatz des ersten Kreuzbeinwirbels verhakt. Voraussetzung für das Abgleiten ist also die Zerstörung der unteren Gelenkfortsätze oder die Ausziehung der Wirbelbögen in der Pars interarticularis. Sie wird ermöglicht durch eine angeborene unvollkommene Verknöcherung dieser Teile, Spondylolyse, oder durch Bildung einer Umbauzone im diesem Bogengebiet.

Charakteristische Zeichen der Spondylolisthese sind die „teleskopartige" Verkürzung des Rumpfes, die tiefe, rings um die Lenden ziehende, im Rücken am meisten auffallende Hautfalte, die ausgeprägte, auch beim Bücken nicht ausgeglichene, mehr winklige als kurvenförmige Lordose mit der ausgleichenden Kyphose am Übergang zwischen Brust- und Lendenwirbelsäule, die Lücke zwischen dem Dornfortsatz S. I und L. V oder L. IV. Hin und wieder gelingt nach Entleerung des Darmes die Tastung des Körpers L. V von den Bauchdecken her. Das Becken steht aufgerichtet; der Gang ist oft wackelnd; die Beine werden beim Gang gespreizt. Im Stand werden als besonders in die Augen springendes Kennzeichen die Knie meist leicht gebeugt gehalten, ein Symptom, das sich auch bei Aufrichtung des Beckens aus anderen Ursachen findet.

Das weniger augenfällig überzeugende, im übrigen aber ausreichend kennzeichnende sagittale Röntgenbild — Zentralstrahl oberhalb der Basis des Kreuzbeins — zeigt die Zeichnung des verdrehten abgeglittenen V. Lendenwirbels fledermauskopfähnlich mit aufgerichtetem Dornfortsatz, während das seitliche Bild das Abgleiten vom L. V deutlich erkennen läßt.

Die wenig charakteristischen subjektiven Symptome verlagern den Schmerz in das Kreuz, oft ausstrahlend in beide Beine. Bücken wird vermieden oder nur mit Armhilfe am Knie vorgenommen.

Wenn Sie mich nun letzten Endes fragen nach der

Behandlung und der Möglichkeit der Behebung

dieser Leiden, so kann ich diese Frage nur noch in großen Zügen beantworten.

Unsere Behandlungsverfahren sind bei vielen dieser Leiden machtlos. Indes wir stehen im Beginn ihrer Kenntnis. Gerade erst lassen sich diese Leiden zu einem System ordnen. Weitere Erkennung wird uns weitere und wirksame Mittel bringen.

Trotz aller Bemühungen ist es mir nicht gelungen, die sehr hartnäckigen Beschwerden der numerischen Variation zu beheben. Kreuzschmerzen bei diesem Leiden, sowie beim Spaltwirbel pflegen zu schwinden oder nachzulassen bei ruhigem Verhalten. Diese Leiden verurteilen ihre Träger zum bequemen Leben.

Die Beschwerden der Spondylose lassen sich durch das ganze Heer der hyperämisierenden Verfahren, durch Schonung und Badekuren, durch Umstellung des Milieus und Reiztherapie mildernd beeinflussen.

Der Weiterentwicklung der Tuberkulose wirken sorgfältigste Ruhigstellung unter Vermeidung der Belastung, bei Kindern im Gipsbett, im späteren Alter im Gipskorsett neben umsichtiger Allgemeinbehandlung der Tuberkulose entgegen.

Die Spondylolisthese bedarf endlich der Stützung durch das nach zweckmäßigem Bauplan verfertigte Korsett.

Prof. Dr. M. zur Verth, Hamburg 24, Graumannsweg 19.

---

4. Schilddrüsenvergrößerungen.

Von

Dr. **Philipp Kissinger**,

Stadtarzt in Bunzlau.

Marmann hat in Bd. 30 H. 7 der Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung das Ergebnis der Statistik über die Ausbreitung des Kropfes in Preußen aus dem Jahre 1927/28 mitgeteilt. Er schreibt mit Recht, dasselbe könne nur mit großer Vorsicht aufgenommen werden; trotz Schweizer Richtlinien habe die individuelle Auffassung des einzelnen Arztes großen Spielraum. Es ist meines Erachtens auch ein Unterschied, ob die Kinder bei völlig entblößtem Oberkörper untersucht werden oder ob nur der Hals freigemacht wird; erfahrungsgemäß stoßen Untersuchungen bei entblößtem Oberkörper, besonders bei älteren Mädchen des öfteren auf Widerstand. Man darf ferner fragen, ob überall alle Zahlen von Ärzten und nicht etwa manche von Lehrern und Fürsorgerinnen stammen.

Zu bedauern ist, daß seinerzeit die Statistik nicht allgemein nach Knaben und Mädchen getrennt eingeholt wurde.

Marmann erwähnt, daß der Kreis Bunzlau und hier wieder die Stadt Bunzlau besonders auffalle durch die hohe Zahl der positiven Befunde. Ich hatte in meinem Allgemeinbericht erwähnt, daß die Zahlen der Stadt Bunzlau nur teilweise von mir, teilweise von meinem Vorgänger stammen.

Es seien einige Bemerkungen eingeschoben, die einem Aktenstücke der Stadt Bunzlau entnommen sind. Ein Bericht des damaligen Schularztes sagt, daß er seit Mai 1921 bei einer großen Anzahl von Kindern eine Vergrößerung der Schilddrüse beobachte, deshalb habe er sämtliche Kinder der ihm unterstellten Schulen untersucht und 30—35 Proz. festgestellt. Wenn er die Fälle mit geringer Vergrößerung ausscheide, so blieben noch etwa 170 Kinder übrig. Er empfehle für diese die Verabreichung von Jod nach dem Vorgange der Schweiz. Es wurde darauf Jodostarin gegeben, jedoch 1923 wurde diese Abgabe eingestellt, weil die praktischen Ärzte sich ablehnend verhielten.

Im Oktober 1924 wandte sich der Magistrat an den Landeshauptmann, an die Landesversicherungsanstalt und an den Regierungspräsidenten, sowie an die medizinische Fakultät der Universität in Breslau mit dem Antrage, den Erscheinungen des Kropfes erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Diese Verhandlungen führten zu keinem rechten Resultat; denn, so berichtete ein auswärtiger sächsischer Kommunalarzt: Man dürfe keineswegs die in der hiesigen Gegend, also in Niederschlesien und in den angrenzenden Gebieten Sachsens, auftretende Schilddrüsenvergrößerung mit der Kropfbildung in Oberbayern und in der Schweiz vergleichen; er lehne eine allgemeine Prophylaxe ab; nur dann, wenn Komplikationen aufträten, solle man eingreifen. Doch der Magistrat ließ nicht locker. Es wurden Aufsätze aus medizinischen Zeitschriften und Tagesblättern herangezogen, die die Notwendigkeit eines Eingreifens mit Vollsalz rechtfertigen sollten. Auf eine Anfrage der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau erfolgte eine Zusammenstellung der Kropfoperationen in dem Kreiskrankenhause hierselbst. Diese betrugen: 1920=9, 1921=14, 1922=12, 1923=7, 1924=16. Der Krankenhauschirurg sagte, daß er seit 20 Jahren in Bunzlau tätig sei, eine wesentliche Zunahme der Kropferkrankten jedoch nicht beobachtet habe. Die Akten enthalten wieder Artikel aus einzelnen Tagesblättern. Im Dezember 1924 trat eine schlesische Kropfkommission zusammen, bei welcher das Jod eine große Rolle spielte; auch glaubten sich viele über Entstehung und Verhütung der Schilddrüsenvergrößerungen absolut klar zu sein. Eine Kropfpanik scheint damals in einzelnen Kreisen geherrscht zu haben. Einen positiven Erfolg hat diese Kommission nicht gebracht.

Die Akten enthalten dann nur noch die Statistik, die in der obenerwähnten Zusammenstellung von Marmann erwähnt ist. Über das Jod hatte ich damals folgendes gesagt: Viel zu wenig scheint bekannt zu sein, daß bereits im Jahre 1901 der verstorbene Berner Chirurg Theodor Kocher auf die günstige Wirkung von Phosphor und phosphorsauren Salzen hingewiesen hat: Phosphor vermehre den Jodgehalt der Schilddrüse unter Vermeidung der giftigen Nebenwirkungen direkter Jodabgaben. Ich selbst habe bei meiner früheren Tätigkeit in Oberschlesien auf Grund beobachteter Jodschäden häufig Phosphor verordnet und war oft zufrieden damit. Auch mit Arsen lassen sich Besserungen erzielen.

Ich habe in letzter Zeit neue Untersuchungen in meinem Arbeitsgebiet, dem Stadtbezirk Bunzlau vorgenommen, genau nach Schweizer Muster und nur bei völlig entblößtem Oberkörper; es ist kein Fall darunter, den ich nicht selbst bestimmt habe. Zunächst meine Tabellen, berechnet auf 100; Tabelle I umfaßt etwa über die Hälfte, Tabelle III ca. 2/3 der Schüler, Tabelle II die Jahrgänge 1929 und 1930.

	insgesamt		Knaben		Mädchen	
	1927	1929/30	1927	1929/30	1927	1929/30
I. 1181 Schulkinder						
0	0,5	5	0,6	6,5	0,5	4
I	6	58	7,1	59,5	6	55
II	83,6	35	88,1	33,5	79,1	37,5
III	9,4	2	4,1	0,5	13,2	3,5
IV	0,5	0	0,1	0	1,2	0
II. 416 Schulanfänger						
0	—	8,75	—	10	—	8
I	—	68	—	79	—	73,5
II	—	23,25	—	11	—	18,5
III	—	0	—	0	—	0
IV	—	0	—	0	—	0
III. 722 Berufsschüler*)						
0	—	5	—	6,9	—	0,9
I	—	19,5	—	24,5	—	7,5
II	—	48	—	46,5	—	51,6
III	—	25,1	—	21,8	—	35,7
IV	—	2,3	—	1,3	—	4,2

*) Eine Anzahl der Berufsschüler und Berufsschülerinnen stammt aus dem Landkreis.

Man hat die Schilddrüsenschwellungen mit einer tuberkulösen Infektion in Zusammenhang gebracht, besonders hat dies Susani[1]) getan. Wir haben nicht diesen Eindruck, sind aber darüber klar, daß zur Entscheidung nicht die Tuberkulinprobe der üblichen Schuluntersuchungen genügt, sondern daß alle Kinder noch weiter durchgeprobt werden müßten.

In neuester Zeit hat Wagner-Jauregg[2])

[1]) Susani, Über den endemischen Kropf und seine Beziehung zur Tuberkulose. Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 40.

[2]) Wagner-Jauregg, Die Kropfwelle. Wien. med. Wschr. 1930, Nr. 2.

wieder darauf hingewiesen, daß die starke Zunahme der Schilddrüsenschwellungen vor allem die Länder betroffen habe, die am meisten unter der Blockade des letzten Krieges gelitten hätten; er empfiehlt deshalb weitere Feststellungen. Es besteht kein Zweifel, daß bei dieser Blockade gerade die größten Städte und in Deutschland besonders Berlin gelitten haben. Nach der Zusammenstellung Marmanns spielt jedoch die Schilddrüsenschwellung in Berlin nur eine geringe Rolle und ich kann dies aus eigener Kenntnis bei $1\frac{1}{2}$ jähriger schulärztlicher Tätigkeit in Berlin-Wedding (1926/27) nur bestätigen. Der Arbeit von Goebe[3]) vermag ich eine besondere Bedeutung nicht beizumessen; auf ihre Schattenseiten habe ich in einem Referat in der Z. soz. Hyg. 1928 bereits hingewiesen; es handelt sich um wahllos aufgenommene Krankenhauspatienten jeden Alters und es fehlt die Angabe, ob es einheimische, also geborene Berliner sind oder ob zugezogene und wann sie und woher sie zugezogen sind, Dinge, die meines Erachtens für Berlin gerade sehr beachtet werden müssen.

Samelson[4]) hat in einer Arbeit geschrieben, daß bei den Breslauer Schulkindern auch ohne Jodprophylaxe und ohne Jodtherapie die große Schilddrüse zurückgehe. Im Anschluß an diese Arbeit nimmt O. Kirsch[5]) an, daß der zurzeit auch in Wien beobachtete Rückgang des Kinderkropfes nicht durch das jodierte Kochsalz bedingt sei, sondern spontan erfolge; wenn aber Kirsch weiter meint, daß dieser Rückgang durch die allmählich eintretende, allgemeine Besserung der sozialen Lage der Bevölkerung bedingt sei, so vermag ich ihm auf Grund meiner schon erwähnten Erfahrungen in Berlin-Wedding nicht zu folgen.

Aus meiner oben mitgeteilten Tabelle I geht jedenfalls für die hiesigen Schulkinder eine wesentliche Verschiebung der Schilddrüsenvergrößerung nach der günstigen Seite hervor, die sich allein durch die Auffassung verschiedener Untersucher nicht erklären läßt, zumal wesentliche Differenzen zwischen meinem Vorgänger und mir nicht zutage getreten sind. Die zu Anfang erwähnte Jodbehandlung hat die jetzigen Schüler kaum betroffen, wenn auch zugegeben werden muß, daß einzelne Familien sich Jod ärztlich verordnen lassen oder auch regelmäßig (?) Jodsalz gebrauchen.

Bei Berufsschülerinnen habe ich des öfteren basedowoide Erscheinungen gesehen; sie hatten fast alle „Jodpillen“ genommen, manchmal eigenmächtig, manchmal auch auf ärztliche Anordnung, aber meist in größerer Menge, „damit es schneller helfe“.

Man mag Anhänger der Jodbehandlung sein oder nicht, jedenfalls gehört sie nicht in Laienhände und nicht in die Schule; wenn einzelne Schulärzte bei ihrer „Jodprophylaxe“ keine Jodschäden gesehen haben, so liegt dies wohl daran, daß ihnen diese bei solchem Großbetrieb entgangen sind. Wir verhalten uns bei den leichten Fällen abwartend, starke Vergrößerungen (III und IV) verweisen wir an den Hausarzt.

Ich habe angefangen, in der Säuglings- und Mütterberatungsstelle nicht nur bei den Kindern, sondern auch bei Müttern auf vergrößerte Schilddrüsen zu achten; hier ist die Zahl bei den Kindern gering, sie nimmt bei zunehmendem Alter etwas zu, aber ebenso wie bei den Schulanfängern nur bis I und II. Bei den Müttern ist die Zahl der wirklich dauernd vergrößerten Schilddrüsen ganz gering, im Verhältnis zu der Zahl der vielen Schulschwellungen.

Ich will durch anliegende Mitteilung zu weiteren Feststellungen dieser Art anregen. Ich habe den Eindruck, daß es zweckmäßig ist, nur kleinere Bezirke, in Landkreisen vielleicht nur Dörfer zusammenzustellen, denn es scheinen selbst in Nachbarbezirken größere Differenzen vorzukommen; vielleicht gewinnt man dadurch besseren Überblick über die einzelnen Kropfnester.

Schließlich habe ich den Eindruck, daß es sehr erwünscht wäre, die Schilddrüsenschwellungen bezüglich der Jahreszeiten näher zu beobachten; unterliegen sie mit deren Wechsel stärkeren Schwankungen? Anscheinend ja. Einzelne Mütter behaupten es.

Dr. Philipp Kissinger, Bunzlau, Moltkestr. 3.

[3]) Goebe, Jahresstatistik über das Vorkommen von Kropf. Münch. med. Wschr. 1928, 858.
[4]) Samelson, Zur Frage der großen Schilddrüse bei Schulkindern. Klin. Wschr. 1928, 1567.
[5]) O. Kirsch, Bemerkungen zu 4, ebenda 1928, 2157.

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Wann müssen Nieren- und Harnleitersteine operiert werden?

Von

Dr. **Rudolf Jahr,**

Facharzt für Urologie in Freiburg i. Br.

Ein großer Prozentsatz Nierensteinkranker kann durch zweckentsprechende Lebensweise und interne Behandlung geheilt oder wenigstens dauernd von Beschwerden befreit werden. Es soll damit nicht gesagt sein, daß es möglich wäre, Nierensteine durch interne Mittel zur Auflösung zu bringen. Das ist ausgeschlossen. Aber wohl kann der Abgang von Grieß und kleinen Steinen gefördert und die Vergrößerung der vorhandenen Konkremente sowie die Bildung neuer oft verhindert werden.

Allgemein gesprochen ist die interne Behandlung der Nierensteine dann angezeigt, wenn die objektiven und subjektiven Symptome so gering sind, daß sie in keinem Verhältnis zu dem in Betracht kommenden operativen Eingriff stehen, und

voraussichtlich auch für die Zukunft keine ernsten Komplikationen zu erwarten sind.

Von diesem Gesichtspunkt aus fallen der **internen Therapie** zu:

1. alle aseptischen einseitigen Nierensteine, die keine oder nur wenig Beschwerden machen und keine Tendenz zu raschem Wachstum zeigen (Röntgenkontrolle etwa jedes halbe Jahr!);

2. die leicht infizierten einseitigen Fälle, wenn sie dauernd afebril sind, und im übrigen dieselben Bedingungen wie sub 1 erfüllt sind;

3. die Fälle, bei denen von Zeit zu Zeit, auch wenn heftige Beschwerden damit verbunden sind, Steine oder Grieß abgehen, und das Röntgenbild die Niere nach den Anfällen frei von Steinen zeigt. Hier würde durch die operative Entfernung der Steine der Zustand und besonders die Bereitschaft zu erneuter Steinbildung keine Änderung erfahren. Jedoch käme bei großer Häufung der Koliken und unerträglichen Beschwerden, falls die Einseitigkeit der Affektion sichergestellt ist, die Nephrektomie in Betracht.

Eine unbedingte **Indikation zur sofortigen Operation** wegen unmittelbarer Lebensgefahr liegt vor:

1. bei kompletter Anurie, wenn dieser Zustand nicht durch interne oder intraureterale Maßnahmen (Harnleiterkatheterismus, eventuell mit Einspritzungen von Borsäurelösung, Öl oder Glyzerin, Dehnung der Harnleiter u. a.) behoben werden kann und länger als 48 Stunden anhält;

2. bei sehr heftigen, das Leben bedrohenden Blutungen. Dieser Fall tritt selten ein. Die Blutungen beim Nierenstein haben nur ganz ausnahmsweise eine derartige Heftigkeit, daß sie das Leben bedrohen;

3. bei längere Zeit dauerndem hohen konsumierenden Fieber, eventuell verbunden mit Schüttelfrösten. Diese Fälle beobachtet man fast ausschließlich, wenn der Abfluß des Harns aus dem infizierten Nierenbecken durch Steineinklemmung aufgehoben ist. Ohne Operation kommt es sehr bald zu einer Infektion des Nierenparenchyms, zu eitriger Pyelonephritis und Abszeßbildung in der Niere, gegebenenfalls auch zu allgemeiner Sepsis.

Die Operation ist ferner indiziert, wenn auch weniger dringend:

1. bei aseptischen Steinen, die zu groß sind, um den Harnleiter passieren zu können, wenn die Beschwerden heftig sind und durch anderweitige Behandlung keine Besserung erzielt wurde, oder wenn häufige schwächende Blutungen auftreten. Ferner wenn der Stein rasch wächst (Röntgenkontrolle!);

2. bei infizierten Steinen, wenn sie häufiger Schmerzen oder Blutungen oder Fieber veranlassen;

3. bei doppelseitigen Nierensteinen soll man, selbst wenn keine Beschwerden bestehen, wegen der Gefahr der gleichzeitigen Steineinklemmung und Anurie wenigstens eine Seite von Konkrementen befreien.

Harnleitersteine müssen nur relativ selten operiert werden. Die weitaus größte Mehrzahl der in den Ureter eingetretenen Steine gelangt nach einer oder mehreren Koliken in wenigen Tagen auf natürlichem Wege nach außen. Aber auch die Fälle sind absolut genommen nicht so selten, bei denen die Austreibung des Steines mehrere Wochen dauert und mit zahlreichen, sehr schmerzhaften Koliken verbunden ist. Jedoch gibt eine derartige protrahierte Austreibung an sich weder die Indikation zu intraureteralen Maßnahmen noch zur operativen Entfernung des Steines.

Die Operation eines Harnleitersteines ist nur angezeigt:

1. wenn der Stein so groß ist, daß er den Harnleiter unmöglich passieren kann und der Zustand mit nennenswerten Beschwerden verbunden ist;

2. wenn ein Stein sich festgekeilt hat, d. h. trotz zahlreicher Kolikanfälle oder andauernden Druckschmerzes in der Niere nicht vorrückt (Röntgenkontrolle!), und auch durch intraureterale Maßnahmen nicht gelockert und zur Wanderung gebracht werden kann. Bei zu langer Dauer eines solchen Zustandes besteht die Gefahr, daß sich eine irreparable Hydronephrose ausbildet;

3. wenn bei Infektion des Nierenbeckens die Koliken mit hohem Fieber eventuell Schüttelfrösten verbunden sind, und der Stein keine Tendenz zu schnellem Durchwandern des Ureters zeigt (Gefahr der Pyonephrose und Sepsis);

4. bei Anurie, wenn der Zustand länger als 48 Stunden anhält.

Auch bei 3. und 4. sollte, bevor man sich zur Operation entschließt, wie bei 2. der Versuch gemacht werden, durch Anwendung von intraureteralen Maßnahmen (s. oben) den Austritt des Steines zu beschleunigen oder die Anurie zu beheben. Oft hat man mit diesen schonenden Methoden einen vollen Erfolg und kann ohne Operation die Gefahr abwenden.

Diese Ausführungen sind keineswegs als ein starres Schema zu betrachten; sie stellen nur Richtlinien dar. Denn oft kommen wir in die Lage, nach der einen oder anderen Richtung Konzessionen machen zu müssen. So werden wir uns z. B. ceteris paribus bei einem schlanken Patienten, bei dem die Operation voraussichtlich technisch leicht sein wird, eher zu einem Eingriff entschließen als bei einem anderen Kranken mit stark entwickeltem Fettpolster und „kurzer Taille". Auch wird man bei isoliertem Nierenstein die Indikation zur Operation weiter ziehen als bei multiplen. Ferner können Form und Sitz der Steine, sowie die äußeren Verhältnisse, wie Lebenslage, die Möglichkeit sich zu schonen, Alter, Beruf und anderes mehr die Entscheidung,

ob operiert werden soll oder nicht, beeinflussen. Daß auch der allgemeine Gesundheitszustand, abgesehen von den bereits angeführten Momenten, berücksichtigt werden muß, ist selbstverständlich.

Dr. Jahr, Freiburg i. Br., Eisenbahnstr. 52.

---

2. Als welche chemische Substanz geht Essig in den Urin über? Wirken milde Gewürze, wie Vanille, Zimt u. dgl. nierenreizend?

Von

Prof. **H. Strauß** in Berlin.

Die beiden Anfragen lassen sich zusammenfassend beantworten, da sie durch die Frage veranlaßt sind, ob und inwieweit durch die betreffenden Substanzen eine Reizung der Nieren und der Harnwege erfolgen kann. Essig wird im Organismus zu Kohlensäure oxydiert und es verläßt der die Nieren passierende Teil diese in Form von kohlensauren Salzen. Da infolgedessen Essig keine irgendwie in Betracht kommende Reizwirkung auf die Nieren und Harnwege entwickelt, so ist gegen eine maßvolle Benutzung von Essig bei Krankheiten der Nieren und der Harnwege nichts einzuwenden, soweit nicht etwa gleichzeitig bestehende Reizzustände in den obersten Verdauungswegen eine Kondraindikation abgeben. Das in manchen Kreisen noch herrschende Vorurteil gegen eine Verwendung von Essig bei Erkrankungen der Nieren und Harnwege ist also nicht begründet. Auch Zimt und Vanille besitzen in den bei der Herstellung der üblichen Nahrungs- und Genußmittel verwandten Menge keinen irgendwie nennenswerten reizenden Einfluß auf die Nieren- und Harnwege. Ähnliches darf auch für Gewürznelken behauptet werden, sofern sie nicht im Übermaß zugeführt werden. Denn es ist nicht völlig ausgeschlossen, daß eventuell abnorm große Mengen von ätherischen Ölen eine Reizwirkung auf die Nieren und Harnwege entwickeln können. Diejenigen Mengen aber, welche wir in Schokolade, Puddings und manchen Gebäcken vorfinden, dürfen im allgemeinen als unschädlich bezeichnet werden, sofern es sich um die Verwendung von reinen Naturprodukten handelt. Grundsätzlich müssen überhaupt auf dem vorliegenden Gebiet noch zahlreiche aus der alten Zeit stammende Vorurteile bekämpft werden, welche die Nierendiät oft zu einer so reizlosen und monotonen gestaltet haben, daß die Patienten nicht selten durch die lange Dauer einer solchen Ernährung nicht bloß in bezug auf die Eßlust sondern auch in bezug auf ihr allgemeines Behagen empfindlich beeinträchtigt worden sind.

Geh. San.-Rat Prof. Dr. H. Strauß, Berlin W 50, Budapester Str. 11.

Diagnostisches Seminar.

Maligne Struma?

Von

A. Krecke in München.

H., Anastasia, 76 Jahre alt, aufgenommen 26. September 1929, zugewiesen durch Herrn Dr. Wulzinger (Tölz).

Die Patientin hat seit vielen Jahren einen kleinen Kropf, der nie Beschwerden gemacht hat. Im übrigen will sie nie ernstlich krank gewesen sein. Vor 3 Wochen zum erstenmal geringe Anschwellung der rechten Halsseite. Dabei Kurzatmigkeit und pfeifende Geräusche über der Brust. In der Nacht wiederholte Anfälle von Atemnot, in denen die Kranke ersticken zu müssen glaubt. Gleichzeitig Schmerzen hinter dem Brustbein, in die rechte Brustseite ausstrahlend. In den letzten Tagen Zunahme der Schmerzen.

Befund: In der Mitte des Halses oberhalb der Drosselgrube eine kleinapfelgroße Anschwellung, schlecht abgrenzbar, wenig verschieblich, auffallend derb und höckerig. Nach dem Thorax zu Abgrenzung unmöglich. Häufiger Hustenreiz. Laryngoskopisch deutliche Verengerung der Trachea unterhalb der Stimmbänder. Röntgenologisch beiderseitige, leicht substernale, mittelgroße Struma.

Atmung ständig mühsam, Stridor oft deutlich hörbar, keine Erstickungsanfälle.

Die Diagnose wurde auf eine maligne Struma gestellt. Eine Exstirpation schien bei dem Alter der Kranken und bei der schlechten Beweglichkeit des Tumors aussichtslos. Von einer Tracheotomie wurde wegen der ungünstigen Lage der schlecht beweglichen Struma unmittelbar vor der Trachea abgesehen. Die Kranke bekam zur Beruhigung Morphium und fühlte sich bei dieser Behandlung recht wohl. Den Angehörigen wurde die Prognose der Erkrankung als äußerst ungünstig hingestellt.

Wir waren nicht wenig überrascht, als am 26. Februar 1930 die Kranke bei sehr gutem Befinden, soweit man das bei ihren 76 Jahren sagen konnte, und vollkommen beschwerdefrei sich wieder vorstellte. Sie gab an, daß sie 6 Tage nach der Entlassung aus der Anstalt, am 6. Oktober 1929, plötzlich einen Hustenanfall bekommen und beim Husten nach und nach eine große Menge Eiter entleert habe. Nach dieser Eiterentleerung sei es ihr ganz leicht geworden und sie habe seitdem keinerlei Erstickungserscheinungen mehr gehabt. Die Eiterentleerung habe etwa 8 Tage angedauert, und seitdem fühle sie sich vollkommen gesund.

Die Untersuchung ergab eine beiderseitige je enteneigroße Struma, mäßig derb, aber vollkommen gut beweglich, Atmung vollkommen frei. Kein Husten, kein Auswurf.

Was hatte hier vorgelegen? Auf Grund der Krankengeschichte wäre bei der Untersuchung der Kranken im September 1929 gewiß jeder mit uns der Anschauung gewesen, daß es sich um eine maligne Struma handle: schnell eintretendes Wachstum einer Struma, die bisher keine Be-

schwerden gemacht hatte; Schmerzen hinter dem Brustbein, in die rechte Brustseite ausstrahlend; daneben unbeweglicher harter Schilddrüsentumor; starker Stridor. Alle diese Erscheinungen mußten unbedingt als der Ausdruck einer bösartigen Struma angesehen werden.

Nachdem jetzt eine völlige Rückbildung der harten Anschwellung eingetreten ist, und nachdem sich reichlicher Eiter durch die Luftröhre entleert hat, kann man bestimmt sagen, daß es sich nicht um eine maligne Struma, sondern um eine Schilddrüsenentzündung gehandelt hat.

Die Verwechslung von malignem Kropf und eitriger Schilddrüsenentzündung ist schon wiederholt vorgekommen. Die Differentialdiagnose der beiden Leiden ist oft sehr erschwert. Eine sichere Unterscheidung läßt sich im allgemeinen nur dann ermöglichen, wenn sich zu den oben genannten Symptomen die Zeichen der Entzündung (Schmerzhaftigkeit, Rötung, Fieber) hinzugesellen. Alle diese Erscheinungen fehlten in unserem Falle, fehlten zum Teil deswegen, weil die eitrige Entzündung sich wahrscheinlich an der Hinterseite der Schilddrüse entwickelt hatte.

Im Interesse der Kranken ist es sehr zu begrüßen, daß unsere anfängliche Diagnose sich nicht bestätigt hat. Dem Arzt bringt die ungünstige Prognose meist das Gegenteil von Anerkennung. Der Fall soll uns mahnen, bei der Diagnose einer malignen Struma stets größte Vorsicht zu beobachten und immer an die Möglichkeit einer Thyreoiditis zu denken.

Geh. San.-Rat Dr. A. Krecke, München, Hubertusstr. 30.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Über akute Pankreasnekrose

schreibt Martens (Med. Klin. Nr. 5). Das Leiden ist viel häufiger als man im allgemeinen annimmt, das Wesentliche der Erkrankung ist die Nekrose eines Teils oder der ganzen Bauchspeicheldrüse mit Blutung, Entzündung und Fettgewebsnekrose. Hervorgerufen wird die Nekrose durch eine Selbstverdauung mit dem eigenen Drüsensekret, und zwar dann, wenn durch irgendeinen pathologischen Vorgang das Trypsinogen des Pankreassekretes durch die Enterokinase schon in der Drüse aktiviert wird. Fast in allen Fällen von Pankreasnekrose findet sich eine schon bestehende Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege. Aus diesem Grunde wird auch für die Aktivierung des Pankreassaftes vielfach das Eindringen infizierter Galle in den Ductus Wirsungianus verantwortlich gemacht. Andere, aber seltenere Entstehungsmöglichkeiten sind weitergeleitete Entzündungsprozesse erkrankter Bauchorgane oder Traumen. Begünstigt wird der Eintritt der Nekrose gelegentlich durch Diätfehler, durch Exzesse im Trinken und Essen. Die Symptome der Erkrankung sind ganz charakteristisch. Das Leiden tritt fast immer ganz akut auf mit enormen Schmerzen im Oberbauch, die nach dem Rücken und zuweilen auch nach der linken Schulter ausstrahlen. Die Schmerzen sind nicht kolikartig, sondern ständig und so heftig, daß sie als Vernichtungsgefühl bezeichnet werden. Die Oberbauchgegend ist aufgetrieben, aber zunächst nicht so hart gespannt, wie bei einem perforierten Magengeschwür. Charakteristisch ist im Gegensatz zu einer einfachen Gallenblasenentzündung eine erhebliche Druckschmerzhaftigkeit nach links im Verlauf des Pankreas. Häufig kommt es zu starkem Erbrechen, aber nicht von kotigen Massen, nicht selten ist das Krankheitsbild so schwer, daß Kollaps eintritt. Im Gegensatz zum Ileus sind Darmschlingen nicht durchzufühlen, doch fehlen sehr häufig Stuhlgang und Flatus, so daß die Abgrenzung gegen den Darmverschluß schwierig werden kann. Von allergrößter Wichtigkeit für die Diagnose der akuten Pankreasnekrose ist die Bestimmung des Diastasegehalts im Urin, der meistens erhöht ist. In der Anamnese finden sich häufig Angaben über vorangegangene Kolikanfälle. Da in der großen Mehrzahl der Fälle Erkrankungen der Gallenblase oder der Gallenwege mit vorliegen, so ist am häufigsten die Differentialdiagnose zwischen diesen und einer etwaigen gleichzeitigen Pankreasnekrose zu stellen. Im allgemeinen kann man sagen, daß Patienten mit akuten Pankreasnekrosen so schwer erkranken, daß sie sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und der Arzt kann gerade im Beginn, wo alle charakteristischen Erscheinungen vorhanden sind, verhältnismäßig leicht die Diagnose stellen, wenn er nur nur an das Pankreas denkt. Die Therapie ist, abgesehen von einigen seltenen leichten Fällen, immer eine chirurgische; auf keinen Fall soll der Patient, auch wenn das Leiden nur als leicht angesehen wird, zu Hause behandelt werden. Wenn auch die Operation in den meisten Fällen sehr gefährlich ist, so hat es doch keinen Zweck, lange zu warten, da auf Grund ausführlicher Statistiken die frühzeitig vorgenommene Operation immer noch die besten Aussichten für den Patienten gewährt. Da wir wissen, daß fast stets ein Gallenleiden gleichzeitig vorliegt und häufig den Ausbruch der Pankreasnekrose verursacht, sollte man sich bemühen, alle Gallenkrankheiten

früher und radikaler zu beseitigen, als es bisher üblich war.

Über die Pyramidonbehandlung des Abdominaltyphus

berichtet Krehl (Ther. Gegenw. 1931 H. 1). Solange wir nicht imstande sind, durch irgendeine Heilmethode auf den Typhuserreger selbst einzuwirken, bleiben wir darauf angewiesen, durch Erhaltung und Hebung des Ernährungszustandes des Patienten sowie durch Förderung von Atmung und Kreislauf den Körper gegen die ihn bedrohenden Bakterien zu festigen. Eines der wichtigsten Momente, um das zu erreichen, ist die therapeutische Bekämpfung der erhöhten Körpertemperatur. Gerade bei dem Abdominaltyphus werden die Kranken durch die Vorgänge, die mit ihrem Einfluß auf die wärmeregulierenden Vorrichtungen die Eigenwärme erhöhen, auch sonst in ihrem Gesamtbefinden beeinflußt. Sie werden müde, teilnahmlos, haben schlechten Appetit, atmen schlecht und sind häufig unruhig. All dies fällt nach den Erfahrungen des Verf. fort, wenn die Kranken bei niedriger Temperatur (zwischen 36,5 und 38^0) gehalten werden. Verf. nimmt nicht an, daß das lediglich eine Folge der Veränderung der Eigenwärme ist. Denn, wenn man die Kranken mit kleinen Pyramidonmengen so behandelt, daß ihre Temperatur 38^0 nicht überschreitet, so fällt ein großer Teil der Erscheinungen, die man den besonderen Giften der Typhusbazillen zuschreibt, völlig weg. Die Kranken werden klar und teilnehmend, die charakteristische Apathie hört auf, der Appetit wird besser und vor allem atmen die Patienten gut. Verf. hat nie gesehen, daß einer seiner Patienten Bronchitis oder gar Bronchopneumonie bekommen hätte. Er gibt stündlich 0,05—0,1 g Pyramidon, wobei die Temperatur ebenfalls stündlich kontrolliert wird. Im allgemeinen kommt man mit 1,5—1,7 g Pyramidon in 24 Stunden aus. Hat die Temperatur das gewünschte Niveau erreicht, wird das Mittel bei fortschreitender stündlicher Temperaturkontrolle ausgesetzt und erst wieder verabfolgt, wenn die Körpertemperatur im Ansteigen begriffen sein sollte. Es gibt einige wenige Fälle, in denen es nicht gelingt, die Temperatur innerhalb der genannten Grenzen zu halten. Es entstehen dann schnelle Steigungen und steile Abfälle der Temperatur. In diesen sehr seltenen Fällen, bei denen offenbar die Einschwemmung der pyrogenen Stoffe zu unregelmäßig und heftig stattfindet, muß man mit der Medikation aufhören. Irgendwelche Schädigungen, wie Kollapse, Kreislaufschädigungen usw. hat Verf. nie gesehen. Er hält diese Behandlung für einen großen Fortschritt. Bäder werden dabei ganz unnötig. Wegen der guten Nahrungsaufnahme verlieren die Kranken kaum an Gewicht und nehmen sogar zeitweise zu. Ob statt des Pyramidon andere ähnlich wirkende Stoffe der gleichen Gruppe gegeben werden können, hat Verf. nicht versucht.

Zur Erleichterung des perkutorischen Nachweises infraklavikulärer Lungenprozesse

bringt Kirch (Wien. klin. Wschr. Nr. 5) einen Beitrag. Oft finden sich nach Röntgenuntersuchung infraklavikuläre tuberkulöse Prozesse, eventuell schon mit Kavernenbildung, ohne daß die physikalische Lungenuntersuchung einen positiven Befund bringen kann. Wenn man es sich zur Regel macht, jeden Patienten stehend und liegend zu untersuchen, wobei beim Liegenden darauf zu achten ist, daß er mit möglichst breiter Fläche auf einer festen Unterlage ruht und den Kopf nach hinten hält, so sieht man häufig, daß im Liegen eine infraklavikuläre Dämpfung auftritt, die im Stehen nicht vorhanden war. War schon im Stehen eine leise undeutliche Dämpfung vorhanden, so wird sie im Liegen noch offenbarer. Verf. verfügt über zahlreiche Beobachtungen, die ihn von der Möglichkeit, auf diesem Wege infraklavikuläre Krankheitsfälle nachzuweisen, überzeugt haben. Die Erklärung ist offenbar in der schalldämpfenden Wirkung zu sehen, die durch die feste Unterlage bewirkt wird.

Über Heilung von peptischen Geschwüren mit Nischen durch Behandlung mittels Duodenalsonde

berichtet Einhorn (Ther. Gegenw. 1931 H. 1). In den letzten Jahren ist die Behandlung der peptischen Geschwüre in den meisten Fällen wieder mehr eine rein interne geworden. Trotzdem galt es überall als feststehende Tatsache, daß kallöse und penetrierende Geschwüre des Magens und des Duodenums nur chirurgisch beseitigt werden könnten. Verf. ist im Gegensatz zu zahlreichen Autoren der Ansicht, daß auch diese Fälle zum großen Teil durch interne Behandlung geheilt werden können. Die von ihm vorgeschlagene Therapie besteht darin, daß der Magen bei der Ernährung ganz ausgeschaltet wird, die Nahrung wird durch die Duodenalsonde direkt in den Darm gebracht. Schwierigkeiten bei der Einführung der Sonde kommen nicht vor. Selbst bei hartnäckigsten Spasmen am Magenausgang gelingt es immer, die Sonde in den Darm gleiten zu lassen. Ist der Schlauch einmal ins Duodenum gelangt, bleibt der Patient gewöhnlich eine Woche zu Bett liegen. Er erhält alle 2 Stunden im Tage flüssige Nahrung, der Schlauch wird niemals herausgenommen. Im Gegensatz zu anderen Autoren ist Verf. der Ansicht, daß es eine viel größere Belastung für den Kranken ist, den Schlauch jeden Abend zu entfernen und ihn morgens wieder einzuführen, als ihn während der Dauer der Behandlung im Körper zu belassen. Nach einer Woche läßt man den Patienten im Bett aufsitzen, zuerst nur kurze Zeit, dann von Tag zu Tag etwas länger. Nach 14 Tagen kann man im allgemeinen den Schlauch entfernen. Die beste Art der Ernährung ist ein Gemisch aus Milch, Eiern und Zucker, außerdem

kann man noch ungefähr $^1/_2$ l Wasser durch den Schlauch oder durch den Mund trinken lassen. Ist das Flüssigkeitsbedürfnis des Kranken größer, kann man ihm ruhig auch mehr Wasser erlauben. Vor allen Dingen ist es wichtig, daß die Nahrung gut filtriert ist, um den Schlauch nicht zu verstopfen, und daß alles, was gegeben wird, auf Körpertemperatur erwärmt ist. An Hand von Krankengeschichten zeigt Verf, wie es ihm durch diese Methode gelungen ist, allein durch interne Behandlung schwere und schwerste Formen von Geschwüren zu heilen. Er macht es sich zur Regel, nur dann seine Fälle in chirurgische Behandlung zu übergeben, wenn alle Hilfsmittel der internen Therapie keinen Erfolg zeitigen oder wenn ein genügend berechtigter Verdacht auf Malignität des Prozesses vorliegt.

G. Zuelzer (Berlin).

Okkultes Blut in den Fäzes.

Nicht nur bei der Melaena neonatorum ist okkultes Blut in den Fäzes nachweisbar, sondern — wie verschiedene Untersucher gefunden haben — auch bei einer großen Zahl gesunder Neugeborener. Eine, wenn auch geringe, Verlängerung der Blutungszeit und Gerinnungszeit bei Neugeborenen, sowie der in den ersten Tagen vorhandene „Übergangskatarrh“ können nach Eyckerman (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jg. 74 II. Hälfte S. 4517) diese Erscheinung vielleicht erklären. Ob von diesen Fällen aus ein Übergang zur wirklichen Melaena neonatorum stattfindet, ist zweifelhaft. In vielen Fällen von Melaena sind keine nennenswerten Veränderungen von Gerinnungszeit und Blutungszeit gefunden worden.

In bezug auf den Morbus Basedow

kommt Bolten (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jg. 74 II. Hälfte S. 4002) zu folgenden, ziemlich neuen Anschauungen:

Die Krankheit kommt ausschließlich bei neuropathisch belasteten Personen vor, bei denen Minderwertigkeit oder Aplasie des chromaffinen Systems besteht. Durch die Hypofunktion des Nebennierenmarks wird die physiologische Involution der antagonistischen Thymusdrüse verzögert, resp. aufgehoben. Vielleicht bewirkt die kongenitale chromaffine Hypoplasie eine erhöhte Disposition für tuberkulöse Infektion.

Infolge von akuten zerebralen Infektionen (Grippeenzephalitis) oder von Tuberkeltoxinwirkung entstehen in den sympathischen Zentren oder in deren Umgebung, Entzündungsprozesse oder einfache Degenerationsprozesse. Durch Degeneration im Aquäduktus, dritten und vierten Ventrikel, sind sowohl die Augenerscheinungen als auch alle endokrinen Störungen zu erklären. Alle endokrinen Drüsen können in sehr verschiedenem Grade (sowohl qualitativ als quantitativ) in Mitleidenschaft gezogen werden.

Oft werden in den Degenerationsherden oder dicht dabei multiple kleine Blutungen gefunden. Diese haben nur die Bedeutung, daß dies Gewebe sich schon zuvor in einem Degenerationszustand befand.

Die Degeneration in den betreffenden Herden besteht auch schon latent in den perakut einsetzenden Fällen von Morbus Basedow; durch psychische Traumata und dadurch verursachte Beschleunigung des Degenerationsprozesses kommen dann die Krankheitserscheinungen in wenigen Tagen zum Vorschein.

So soll das gesamte Krankheitsbild viel besser zu erklären sein als durch die Annahme einer primären Hyperthyreose.

V. Lehmann (Schlachtensee).

2. Chirurgie.

Röntgenologische Untersuchungen über Kallus- und Knochenumbau difform geheilter Frakturen

hat Hinz (Berlin-Köpenick) angestellt. Er veröffentlicht das Ergebnis im Arch. klin. Chir. Bd. 161 Heft 1/2. Obwohl es heute als oberster Grundsatz zu gelten hat, daß zur Erzielung eines guten Resultats bei Knochenbrüchen eine exakte Reposition unerläßlich ist, sieht man mitunter trotz schlechter Stellung verhältnismäßig gute funktionelle Resultate. Wenn es auch ein Fehler wäre, auf Grund dieser Einzelfälle auf eine primäre gute Stellung verzichten zu wollen, so verlangen sie doch eine Nachbeobachtung über ihr weiteres Schicksal. Verfasser hat sich dieses zur Aufgabe gemacht und er wurde zu seiner Arbeit besonders dadurch angeregt, daß er die beschriebenen Verhältnisse namentlich bei Jugendlichen fand. Seine Veröffentlichungen sind um so mehr zu begrüßen, als die einschlägige Literatur wenig hierüber bekanntgibt. Die Durchsicht des eigenen Materials von ca. 1400 Knochenbrüchen der letzten 12 Jahre ergab röntgenologisch 52 Fälle von Schaftbrüchen, die anatomisch als nicht gut geheilt zu betrachten waren. 27 von diesen 52 Fällen konnten nachuntersucht werden. Der Zeitraum seit der Entstehung des Knochenbruchs war 1—12 Jahre. Die Einteilung erfolgte nach drei Gruppen, die sich nach dem Alter der Kranken richteten: I. Gruppe bis zu 20 Jahren, II. Gruppe bis zu 40 Jahren und III. Gruppe bis zu 60 Jahren. Auf diese verteilt ergeben sich für die erste Gruppe 11, für die zweite 7 und für die dritte Gruppe 9 Fälle. Bei der ersten Gruppe, d. h. bei Menschen bis zum 20. Lebensjahr zeigt sich eine überraschend große Tendenz, die Difformierung auszugleichen. Nicht nur seitliche Verschiebungen, sondern auch solche in der Länge werden u. U. ausgeglichen. Je näher die Altersgrenze nach dem Übergang zur zweiten Gruppe rückt, um so geringer ist die Ausgleichsmöglichkeit des Organismus. Bei der zweiten Gruppe ist in keinem einzigen Fall eine Wiederherstellung des normalen Knochenbildes zu be-

obachten. Man kann also in diesen Jahren nicht mehr mit einer Selbstkorrektur der Fraktur rechnen. Insbesondere kommt es nicht zu einer Wiederherstellung der Markhöhle zwischen den beiden Fragmenten, falls diese soweit disloziert waren, daß eine Kommunikation nicht mehr bestand. Bei der dritten Gruppe, d. h. bei den Kranken des 41.—60. Lebensjahrs liegen die Verhältnisse noch ungünstiger. Hier werden vorstehende Spitzen auch nicht mehr abgebaut, sondern von dem Kallus umfaßt. Die lehrreichen Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt Hinz in folgende Schlußsätze zusammen: Im Kindes- und Jugendalter wird durch Umbau des Kallus das normale Knochenbild vollkommen oder weitgehend wiederhergestellt. Vorspringende Knochenenden verschwinden ganz oder teilweise. In den Knochen eingeschlossene Kortikalis wird abgebaut. Am Rande bildet sich eine neue Kortikalis. Der Umbau dauert, wenn nicht vorher schon bis zur Norm abgeschlossen, bis zum Ende des Wachstums. Durch den Umbau werden Dislokationen ganz oder weitgehend ausgeglichen. Beim Erwachsenen findet ein nennenswerter Umbau des knöchernen Kallus später nur ausnahmsweise nach kurz beendigtem Wachstum statt. Sonst behält der Kallus, auch wenn er sehr stark ausgebildet war, seine Form bei, er erfährt sogar häufig noch eine weitere Verstärkung. Dislokationen werden nicht mehr ausgeglichen. Bei verschobenen Bruchenden bleibt eine Verbindung der Markhöhlen aus. In den Kallus eingeschlossene Kortikalis wird nur unwesentlich an ihren Spitzen und Seitenflächen abgebaut und aufgelockert, um eine Verbindung mit der umgebenden Spongiosa zu ermöglichen. Zwischen den Bruchstellen benachbarter Knochen kommt es häufig zu Synostosen. Für die Therapie ergibt sich daraus, daß bei Kindern und Jugendlichen eine exakte Reposition der Fragmente wohl erstrebenswert, aber nicht unbedingt notwendig ist, da bei ihnen mit späterer weitgehender Selbstkorrektur durch Kallus- und Knochenumbau zu rechnen ist. Beim Erwachsenen bleibt die spätere Selbstkorrektur aus. Zur Vermeidung von dauernden Dislokationen ist daher bei ihnen die exakte Reposition der Fragmente stets erforderlich.

Über Versuche der Bluttransfusion von der Leiche

liegt eine sehr interessante Arbeit von Sakajn aus dem Sklifassovskyinstitut für schnelle ärztliche Hilfe in Moskau vor (Zbl. Chir. 1931, Nr. 11). Ohne hier im Referat auf die zahlreichen bedeutenden Arbeiten russischer Autoren über Transplantation einzugehen, die die Originalarbeit in Auszügen bringt, sei bemerkt, daß die allgemeine Auffassung, daß gerade das Leichenblut als besonders infektionsgefährlich anzusehen sei, offenbar einer Revision unterzogen werden muß. Bluttransfusionen scheinen an der genannten Anstalt häufig notwendig zu sein, denn der Verf. schreibt, daß er in den letzten 27 Monaten 88 mal diesen Eingriff ausgeführt hat. Hierunter fallen 7 Übertragungen von Leichenblut, wobei es sich teilweise um Kranke handelt, die zuvor Transfusionen von lebenden Spendern erhielten. Die Technik und die Fälle werden genau beschrieben. Bei sämtlichen Kranken wirkte die Transfusion lebensrettend. Irgendwelche Schäden wurden nicht gesehen.

Erfahrungen mit dem neuen Lokalanästhetikum Pantocain

teilt Ernst aus der Chir. Univ.-Poliklinik, München, mit (Münch. med. Wschr. 1931 Nr. 1). Sie beziehen sich auf mehr als 120 größere Operationen und zahlreiche kleinere Eingriffe. Störungen der Wundheilung, Nekrosen, postoperatives Erbrechen, Blutdrucksenkungen oder dgl., die auf Pantocain hätten bezogen werden müssen, beobachtete er nicht. 24 mal verwandte E. Pantocain zu Kropfoperationen. Auffallend war das häufige Auftreten von Rekurrensparesen vor Beginn des Eingriffs. Mehr als 17 mal wurden die Patienten bald nach der Injektion fast vollständig stimmlos. Dieser Zustand hielt 1—1 1/2 Stunden an und ging meist schon am Ende der Operation, ohne Störungen zu hinterlassen, zurück. E. führt dies auf eine erhöhte Affinität des Pantocain zur Nervensubstanz oder stärkeres Diffusionsvermögen, das die größere und ausgiebigere Tiefenwirkung bedingt, zurück. Bei Bruchoperationen wandte E. Pantocain 31 mal an. Die durchschnittliche Schmerzfreiheit betrug 5 Stunden. Bei Patienten mit doppelseitiger Hernie injizierte E. auf der einen Seite Pantocain, auf der anderen Seite Novokain. Übereinstimmend und ohne Kenntnis der verschiedenen Betäubungsart gaben die Patienten an, daß die Schmerzlosigkeit auf der Pantocainseite fast doppelt so lange anhalte, als auf der Novokainseite. In der Lumbalanästhesie übertrifft Pantocain alle anderen gebräuchlichen Mittel an Dauerwirkung. Hier genügten 2 ccm zur völlig schmerzlosen Durchführung eines über 2 Stunden dauernden Eingriffs. Sensibilität und Schmerzempfindung waren erst nach 5, die Beweglichkeit der Beine dagegen schon nach 2 1/2 Stunden wieder hergestellt. Über Wundschmerzen klagte der Patient erst nach 7 Stunden. Wird Pantocain zwischen 3. und 4. Lendenwirbeldornfortsatz in den Spinalkanal injiziert, so erreicht man auch höhere Abschnitte des Rückenmarks. Die Patienten weisen Schmerz- und Empfindungslosigkeit bis zur Brustwarze auf. Es ist möglich, in Pantocain-Rückenmarksbetäubung die Bauchhöhle zu eröffnen. Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen oder gar Kollapszustände mit Atemnot wurden nicht ein einziges Mal hierbei beobachtet. Seit E. die Patienten nach der Injektion nicht mit gesenktem, sondern etwas erhöhtem Kopf und Oberkörper lagert, befriedigen Art und Ablauf der Rückenmarksbetäubung in vollem Umfang. Hayward (Berlin).

3. Physikalische Therapie.

Die Behandlung der akuten Nephritis mit Diathermie

wird von H. Eppinger (Köln) empfohlen (Klin. Wschr. 1930 Nr. 44). Eppinger geht dabei von der Überlegung aus, daß die Funktion der Organzellen wesentlich von deren Kapillarisierung abhängt, und daß bei der akuten Glomerulonephritis die Durchblutung der Kapillaren an den Glomerulusschlingen eine mangelhafte ist. Eine Verstärkung der Kapillardurchblutung und auch das Sichtbarwerden neuer Kapillaren läßt sich, wie am Muskel beobachtet werden konnte, außer durch erhöhte Arbeit noch durch Massage sowie durch Diathermie erreichen. Im Tierexperiment hat Eppinger nach künstlicher Schädigung der Niere durch Sublimat allein durch Diathermie fast normale zirkulatorische Bedingungen wieder anbahnen können. An der normalen Niere zeigte sich dabei kein Einfluß der Diathermie auf die Durchblutungsgröße, doch hat Ewig (ebenfalls auf der Eppingerschen Klinik) bei Versuchen an nierengesunden Menschen eine Vermehrung der Diurese mit Erhöhung der Kochsalz- und N-Ausscheidung nach der Nierendiathermie konstatiert (Dtsch. med. Wschr. 1931 Nr. 2). Bei getrenntem Auffangen des Harns der beiden Nieren mittels Ureterenkatheters und einseitiger Diathermiebehandlung der Nierengegend fand Ewig eine erhöhte Diurese an der durchwärmten Niere; doch wird dabei auch die Gegenseite, wenn auch in schwächerem Maße, zu vermehrter Sekretion angeregt.

Auf Grund dieser Versuche wurde auf der Eppingerschen Klinik die Diathermiebehandlung bei Nierenerkrankungen systematisch durchgeführt. Während in chronischen Fällen keine eindeutigen Resultate erzielt werden konnten, waren bei der akuten Nephritis in einigen Fällen die Erfolge der Diathermiebehandlung „geradezu verblüffend". Es werden die Krankengeschichten von drei Patienten berichtet: im ersten Falle handelt es sich um eine Sublimatvergiftung, in den beiden anderen Fällen um akute Nephritis nach Angina. Bei allen drei Patienten war fast totale Anurie eingetreten, in den beiden letzten Fällen verbunden mit eklamptischen Anfällen. In allen drei Fällen gelang es, durch Diathermiebehandlung die Diurese wieder in Gang zu bringen, bei zwei Patienten unmittelbar nach der ersten Behandlung, beim dritten Patienten, nach der zweiten Sitzung. Die Behandlung wurde täglich 2 mal je 2 Stunden lang vorgenommen. Innerhalb kurzer Zeit (4—10 Tage) wurde der Urin wieder eiweißfrei und zusammen damit waren die klinischen Erscheinungen (Blutdruckerhöhung, Ödem, Krämpfe usw.) zurückgegangen. Der Patient mit der Sublimatvergiftung starb später an den Folgen einer Ösophagusverätzung; die beiden anderen Kranken wurden völlig geheilt. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Eppinger, in jedem Falle von akuter Nephritis die Diathermiebehandlung zu versuchen.

Die von Eppinger angewendete Technik besteht in der Anlegung einer etwa 30 cm breiten und 12 cm hohen Bleielektrode auf die Nierengegend. Auf das Abdomen wird eine etwas größere indifferente Elektrode gelegt. Durch Binden wird der Kontakt möglichst vollständig gestaltet. Die Intensität des Stromes beträgt 1,5—3 Ampère; die Dauer, wie schon erwähnt, durchschnittlich 2 Stunden. In den schweren Fällen wurde 2 mal täglich behandelt.

Der Einwand, daß die Einwirkung der Diathermie auf die Nierentätigkeit dadurch zustande kommt, daß die Diurese dabei von der Haut aus reflektorisch beeinflußt wird, konnte von Ewig schon durch die erwähnten Versuche mit der einseitigen Nierendurchwärmung widerlegt werden. Ewig weist aber weiter darauf hin, daß sich mit anderen Wärmeanwendungen auf die Haut, z. B. durch Schwitzbäder, gleich gute Einwirkungen auf die Nierentätigkeit nicht erzielen lassen, und daß vor allen Dingen Schweißerzeugung und Verbesserung der Diurese durchaus nicht parallel zu gehen brauchen. Auch die Tierexperimente Eppingers an der Sublimatniere geben ja der Diathermiebehandlung schon eine hinreichende experimentelle Begründung.

Bei der chronischen Nephritis, wo die Erfolge der Diathermiebehandlung nicht eindeutig waren, konnte Ewig durch Kopfdiathermie eine, allerdings vorübergehende, Besserung der zerebralen Symptome, wie Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit und ähnliches erzielen. Der erhöhte Blutdruck sank bei der Kopfdiathermie fast regelmäßig um 20—40 mm Hg ab, stieg aber hinterher rasch wieder an. A. Laqueur (Berlin).

---

4. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ätiologie und Therapie der Rosacea.

Wilhelm Richter (Die Med. Welt. 1930 Nr. 37) konnte bei der Rosacea in fast allen Fällen eine auslösende Schädlichkeit nachweisen. Insbesondere kamen Menstruationsstörungen, Menopause, Genitalleiden, Magen- und Darmstörungen, chronische Obstipation und chronische Rhinitis in Betracht. Verf. empfiehlt, auch auf innersekretorische Störungen, ferner auf die Beschaffenheit der Zähne, Erkrankungen der Nebenhöhlen und Darmparasiten zu achten. Für die lokale Behandlung kommen neben der bekannten Schwefeltherapie und Keraminseifenwaschungen Iontophoresen mit Vitrisollösungen unter Zusatz von einigen Tropfen Adrenalin in Frage.

Zum Kapitel Berufsekzem.

Fritz Wegemann (Zahnärztl. Rdsch. 1930 Nr. 7) berichtet über einen Fall von Handekzem aus unbekannter Ursache bei einer zahnärztlichen

Helferin, bei dem er einen guten Erfolg mit Kamillosansalbe in wenigen Tagen erzielt hatte.

Hautentzündungen nach Atophansalbe.

Galewsky (Dermat. Wschr. 1930 Nr. 34) beobachtet bei 3 weiblichen Patienten eine eigenartige gänsehautähnliche follikuläre Erkrankung der Haut, die mit starkem Jucken und Brennen einherging, während die Haut selbst nur leichte Reizungsveränderungen zeigte. Bei der Ähnlichkeit des Bildes mit der Salitdermatitis forschte er nach der Ursache, die in der vorangegangenen Anwendung von Atophansalbe ermittelt wurde. Es handelt sich nach Galewsky um eine Reizung der Haut, wahrscheinlich durch einen Salizylester hervorgerufen.

Eine neue Pemphigusbehandlung.

Kumer (Klin. Wschr. 1930 Nr. 26 S. 1236). Bei einem 84 jährigen Patienten mit schwerstem, progredienten Pemphigus, der auf keine Behandlung reagierte und als verloren galt, wurde durch Lopion ein überraschender Erfolg erzielt. Nach der 1. Injektion von 0,01 g Lopion fiel die Temperatur und die Erkrankung kam zum Stillstand. Nach 3 Monaten waren nur noch vereinzelte stecknadelkopfgroße Bläschen vorhanden. Der gleiche Erfolg trat bei einem Kinde mit schwerem Pemphigus ein.

Über eine neue Behandlung von Krätze mit Mitigal.

Kaj. Philipsen, Odense (Hosp. tid. (dän.) 1930 Nr. 12 S. 375) behandelte seit 1½ Jahren 202 skabieskranke Patienten mit Mitigal. 113 Patienten konnte er nachuntersuchen. Rezidive wurden niemals beobachtet. 19 der behandelten Patienten wiesen nach Behandlung mit Ung. hep. sulf. Rezidive auf. Hautirritationen wurden nach Mitigal niemals beobachtet; dagegen trat nach Behandlung mit Ung. hep. sulf. 16 mal Dermatitis auf. Mitigal schmerzt nicht, ist geruchlos und kann auch bei kleinen Kindern angewandt werden. Selbst bei der schwersten pustulösen Skabiesform verwandte Verf. Mitigal, das gleichzeitig spezifisch auf sekundäre Pyodermie und Pruritus wirkt. Albuminurie wurde in keinem Falle beobachtet.

R. Ledermann (Berlin).

5. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Praktische Winke zur Behandlung retinierter Plazentarreste nach der Geburt

gibt Hans Saenger-München (II. Univ.-Frauenkl.: Weber) an der Hand von zwei lehrreichen Fällen (Dtsch. med. Wschr. Nr. 3), die ich im Original nachzulesen empfehle. Epikritisch bemerkt Verf., daß man nicht jede Spätblutung im Wochenbett auf Plazentateilretention zurückführen darf. Wenn der Zervikalkanal wieder so fest verschlossen ist, daß er mit den dünnsten Dilatatoren aufgestöpselt werden muß, dann handelt es sich nie um zurückgebliebene Nachgeburtsreste. Bei dieser Komplikation verschließt sich der Gebärmutterhals nicht vollständig. Man sei viel zurückhaltender mit der Ausschabung in den ersten 2 Monaten nach einer Geburt, bei Subinvolutio uteri bleibt das Organ oft lange Zeit unglaublich weich und leicht verletzbar.

Der toxische Kollaps und seine Bekämpfung

ist von E. Holzbach-Mannheim (Geb.-Gynäk. Abt. d. Städt. Krankenanstalten: Holzbach) eingehend untersucht worden (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 1). Verf. empfiehlt zur Bekämpfung des toxischen Kollapses, der die Folge einer Kapillarvergiftung ist, und wie er bei Peritonitis, bei Infektionskrankheiten usw. vorkommt, die Anwendung von Ephetonin. Am besten hat sich ihm die wiederholte Gabe von 0,05 g Ephetonin bewährt, die sowohl subkutan als auch peroral und rektal verabreicht werden kann. Er empfiehlt das Präparat besonders als Zusatz zu Tropfeinläufen, und zwar eine Tablette zu 0,05 g auf 1 l Baldriantee mit Zugabe von einigen Tropfen Tinct. Opii. Für den schweren Kollaps kommt die intravenöse Infusion in Frage, entweder in Form der Dauerinfusion, oder es werden, wenn eine schnelle Wirkung gewünscht wird, 0,025 g in 10 ccm Kochsalzlösung in die Spritze aufgezogen und langsam injiziert. Auf diese Weise wurde das Präparat ausnahmslos gut vertragen.

Die örtlichen Betäubungsverfahren in der Frauenheilkunde

bespricht K. Heim-Leipzig (Univ.-Frauenkl.: Sellheim) (Mschr. Geburtsh. Bd. 84 Nr. 1) und macht auf die Vorteile der Methode aufmerksam, die Ref. schon vor 30 Jahren empfohlen hat.

Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harne

bespricht S. Aschheim-Berlin (Univ.-Frauenkl. d. Charité: Wagner) in einer Monographie (Mschr. Geburtsh. 1930 Beiheft 3) in außerordentlich klarer und übersichtlicher Weise. Es ist soviel über die epochemachenden Arbeiten des Verf. und Zondeks in letzter Zeit berichtet worden, daß sich hier nähere Einzelheiten zu referieren erübrigt. Wir empfehlen diese Arbeit jedem, der sich für den Gegenstand interessiert, angelegentlichst zum Studium.

Über die theoretische Voraussetzung und klinische Brauchbarkeit der Schwangerschaftsreaktion nach Dienst

haben O. Gragert und G. E. Zander-Greifswald (Univ.-Frauenkl.: Hoehne) eingehende Untersuchungen angestellt (Zbl. Gynäk. 1930 Nr. 1) und lehnen diese Diagnose aus dem Urin als unbrauchbar ab.

Abel (Berlin).

Ärztliche Rechtskunde.

1. Versicherter braucht Entnahme von Rückenmarkflüssigkeit nicht zu dulden.

Mitgeteilt von
Senatspräsident Dr. **Wiegand** in Berlin-Lichterfelde.

Der in der Entscheidung 3393 (Amtl. Nachr. für Reichsversicherung 1929 S. IV 164, Entscheidungen und Mitteilungen d. RVA. Bd. 24 S. 215 Nr. 89, zu vgl. Z. ärztl. Fortbildg **1930**, 195) zu § 1306 der RVO. ausgesprochene Grundsatz, daß ein Rentenempfänger die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit nicht dulden muß, gilt entsprechend für das Gebiet der Krankenversicherung (Entscheidungen und Mitteilungen d. RVA. Bd. 27 S. 56). Der I. Revisionssenat des RVA. hat in dem Urt. vom 21. 1. 30 (IIa K. 41. 29) folgendes ausgeführt:

„Die Klägerin, die Mitglied der beklagten Krankenkasse ist, erkrankte am 3. April 1928. Auf Veranlassung des Vertrauensarztes der Beklagten wurde sie einem Nervenfacharzt zur Untersuchung überwiesen. Dieser erklärte zwecks sicherer Feststellung der Krankheitsursache eine Entnahme und Untersuchung von Rückenmarksflüssigkeit für erforderlich. Die Beklagte forderte daher die Klägerin auf, sich zu diesem Zwecke in das Krankenhaus in H. zu begeben. Die Klägerin verweigerte grundsätzlich ihre Untersuchung in einem Krankenhause nicht, wohl aber die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit. Auf Grund dieser Weigerung stellte die Beklagte, gestützt auf § 20 Abs. 5 ihrer Satzung, die Leistungen ein.

Das Versicherungsamt hat den Anspruch der Klägerin auf Kassenhilfe für die Dauer ihrer Weigerung abgewiesen. Die Berufung der Klägerin ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden.

Gegen diese Entsch. hat die Klägerin rechtzeitig Revision eingelegt.

Der Revision war der Erfolg nicht zu versagen. Der Auffassung der Vorinstanzen, daß die Klägerin verpflichtet sei, bei Vermeidung des Verlustes ihrer Ansprüche auf Krankenhilfe die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit zu dulden, kann nicht beigetreten werden. Wie das RVA. für das Gebiet der JV. bereits grundsätzlich entschieden hat (zu vgl. Entsch. 3393, Amtl. Nachr. für RV. 1929 S. IV 164, Amtl. Nachr. d. RVA. Bd. 24 S. 215 Nr. 89), gehört die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit nicht zu den Eingriffen, welche ein Rentenempfänger zu dulden hat. Ihre Verweigerung rechtfertigt daher nicht die Entziehung der Rente gemäß § 1306 der RVO. Der Senat hat keine Bedenken, diesen Grundsatz auch auf das Gebiet der KV. entsprechend anzuwenden. War die Klägerin hiernach nicht verpflichtet, die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit zu dulden, so ist die Beklagte nicht berechtigt, der Klägerin wegen ihrer Weigerung die Krankenhilfe zu versagen. Die angefochtenen Entscheidungen waren daher aufzuheben."

---

2. Sekundenherztod als Unfallfolge.

Mitgeteilt von
Senatspräsident Dr. **Wiegand** in Berlin-Lichterfelde.

Sekundenherztod bei der Betriebstätigkeit nach Lage des Falls als Unfallfolge anerkannt. (Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. 25 S. 139). X. Rekurssenat des RVA. Urt. vom 21. 6. 29 (Ia 4211, 27).

Der am 2. Mai 1888 geborene Monteur F. fiel am 26. Juni 1926 bei der Arbeit plötzlich um und verstarb nach wenigen Sekunden. Der Mitarbeiter S. gibt an, daß sie zusammen einen schweren Dampfverteiler nach der Werkbank gebracht hätten, um ihn weiter zu bearbeiten. Plötzlich sei F., der mit dem Feilen beginnen wollte, zusammengebrochen und, wie der gleich herbeigerufene Arzt nur feststellen konnte, verstorben. Eine Leichenöffnung ist nicht erfolgt. Der hinzugezogene Arzt nahm ein plötzliches Versagen der Herztätigkeit an. Die Berufsgenossenschaft lehnte den Anspruch der Hinterbliebenen auf Unfallhinterbliebenenrente ab, das Oberversicherungsamt verurteilte dagegen die Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Hinterbliebenenrente. Das Reichsversicherungsamt hat den Rekurs der Berufsgenossenschaft mit folgender Begründung zurückgewiesen:

„Auf Grund des eingehend und wissenschaftlich begründeten Obergutachtens von Professor L. vom 29. Januar 1929 hat das RVA. die Überzeugung erlangt, daß als Ursache des plötzlichen Todes des Heizungsmonteurs F. am 25. Juni 1926 nur ein sogenannter Sekundenherztod in Betracht kommen kann. Der Tod ist, wie auf Grund der Aussagen der Mitarbeiter als erwiesen anzusehen war, in unmittelbarem Anschluß an eine Betriebstätigkeit eingetreten, nämlich unmittelbar nachdem F. gemeinsam mit einem Mitarbeiter einen etwa zwei Zentner schweren Dampfverteiler, auf abschüssigem Gelände vorangehend, zwanzig Meter weit getragen und auf die Werkbank gehoben hatte. Aus der Auskunft der Allgem. Orts-KK. B. und der Kranken- und Sterbekasse für das Deutsche Reich, geht hervor, daß F. seit dem 21. Januar 1919 bis 25. Juni 1926 mit geringeren Unterbrechungen Mitglied dieser Kassen war und Arbeitsunfähigkeit während dieses Zeitraumes nicht bestanden hat. Daß er insbesondere vor seinem Tode nicht an Herzstörungen gelitten hat, ergibt die glaubhafte Bekundung der Frau F. bei Professor L. Der Obergutachter hat die ihm vom

RVA. vorgelegte Frage, auf welche Weise und unter welchen Voraussetzungen Sekundenherztod zustande kommt, und ob körperliche Anstrengungen sein Zustandekommen begünstigen, in seinem Ergänzungsgutachten vom 10. Mai 1929 dahin beantwortet, daß Sekundenherztod teils ohne Anlaß, teils durch besondere Anstrengungen zustande kommt. Seine weiteren Ausführungen ergeben, daß er den ursächlichen Zusammenhang des Todes mit einem Betriebsunfall aus dem Grunde verneint hat, weil er eine etwaige Schädigung durch den erwähnten Betriebsvorgang nicht als einen Unfall ansieht; er weist nämlich darauf hin, daß eine solche Arbeit von F. bereits öfter geleistet worden sei und sich als eine betriebsübliche Arbeit darstelle. Die Frage, ob ein Betriebsunfall im Sinne von § 544 der RVO. vorliegt, ist nicht vom ärztlichen Standpunkt zu beurteilen, sondern eine reine Rechtsfrage. Professor L. ist bei ihrer Beantwortung von unrichtigen Voraussetzungen ausgegangen. Nach der ständigen Rechtsprechung des RVA. schließt die Betriebsüblichkeit der Arbeit die Annahme eines Betriebsunfalles nicht aus (zu vgl. RVO. mit Anmerkungen, herausgegeben von Mitgliedern des RVA. Bd. III S. 23, Anm. 1 I a zu § 544). Allerdings wird eine Gesundheitsschädigung bei der betriebsüblichen Arbeit dann nicht als ein Unfall im Sinne der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung angesehen werden können, wenn sich ein bestimmtes, zeitlich mit genügender Sicherheit abgrenzbares Ereignis nicht feststellen läßt (zu vgl. Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. 17 S. 57 Nr. 26). Im vorliegenden Falle ist aber ein derartiger zeitlich begrenzter Betriebsvorgang, der sich von der sonstigen Tätigkeit scharf abhebt, einwandfrei nachgewiesen, eben das Tragen des schweren Dampfverteilers. Es brauchte deshalb nicht auf die in der mündlichen Verhandlung von den Klägern aufgestellte Behauptung eingegangen zu werden, daß F. an seinem Todestage erstmalig die körperlich anstrengendere Werkstättenarbeit verrichtet habe, während er sonst nur mit leichteren Montagearbeiten außerhalb der Betriebsstätte beschäftigt gewesen sei. Da nun Professor L. eine körperliche Anstrengung als allgemein geeignet bezeichnet hat, einen Sekundenherztod herbeizuführen, und die Frage, ob F. den Sekundenherztod am gleichen Tage oder in absehbarer Zeit auch dann erlitten haben würde, wenn er den Dampfverteiler nicht getragen hätte, offen lassen mußte, und da endlich jeder Anhalt für das Bestehen eines ernstlichen Herzleidens fehlt, so mußte der Senat den erwähnten Betriebsvorgang als wesentlich mitwirkende Todesursache ansehen."

Soziale Medizin.

Ich und Du[1]).

Eine allgemeine psychologische Betrachtung.

Von

Dr. **Niesel** in Stettin.

Nur dem Ich gegenüber ist das Du ein Du, an sich ist es ein Ich, ebenso wie das Ich selbst. Um das Selbst-Ich im Verhältnis zum Fremd-Ich handelt es sich also, und das Ich ist der Kern des ganzen Frageninhaltes unseres Themas. Was ist das Ich?

Die naturwissenschaftlich eingestellten Philosophen sprechen dem Ich jede Wesenheit ab, wir wollen uns daher nicht mit unfruchtbaren Spekulationen beschäftigen, sondern nur das psychologische Ich betrachten. In seinen Grundproblemen der Psychologie (2. Aufl.) geht Driesch von der Tatsache aus: Ich weiß etwas. Seine Lehre ist kurz folgende. Ich habe meine Seele und in der Seele ist stetiges Werden, die Seele ist dynamisch. Ihre Dynamik ist von dreifacher Art:

1. eine zentripetale: Sinneswahrnehmungen,
2. eine innere: Gedankenverbindungen, mit Gefühlen einhergehende Willensantriebe, Gedächtnis,
3. eine zentrifugale: Willensakte.

Und die dynamische Seele hat ihre eigenen Gesetze. Zunächst die, welche allem seelischen Geschehen zugrunde liegen und allgemeingültig sind, und dann die besonderen der Einzelseele. Denn die Seelenstruktur ist eine mannigfaltige und jede Seele einzigartig und einmalig; darum sind die Menschen ihrem Wesen nach verschieden. Die Seele ist also eigengesetzlich, autonom, und da alles Seelische nach bestimmten Gesetzen vor sich geht, d. h. determiniert ist, ist sie ein logisches Automaton. Die Seele ist es also, die in mir denkt, fühlt und will und die Gedächtnis hat. Nur der Ich-Teil der Seele ist kein Automat. Ich ist das Ur-Subjekt und das Subjekt ist das Zentrum des Individuums. Im Gegensatz zur übrigen Seele hat das Ich Bewußtsein, d. h. das Ich hat — oder kann es wenigstens haben — alles das bewußt, was die unbewußte Seele hat, und zwar das im Gedächtnis der Seele Niedergelegte als Erinnerung. Aber da das Bewußtsein keine Eigenschaft der Seele an sich ist, läßt es Driesch, gleich den Epiphänomenalisten, als Beigabe dem Ich aufsitzen. Trotzdem ist seine Rolle eine höchst bedeutsame, denn es unterichtet das Subjekt über alle Vorgänge der Außenwelt und im eigenen Körper und ist dazu da, daß das Subjekt sich erhalte. Ohne Bewußtsein keine Freiheit. Freiheit kommt also nur in Betracht für das bewußte Ich, und sie ist eine beschränkte. Denn das Ich hat nur Ablehnungsfreiheit, d. h. kann „Nein" sagen, um Seelenantriebe zu hemmen. Vielleicht auch Zulassungsfreiheit, d. h. kann „Ja" sagen, damit

[1]) Nach einem Vortrage im wissenschaftlichen Verein der Ärzte zu Stettin.

Wunschregungen in die Tat umgesetzt werden. Sonst aber ist das Ich nur statisch. Inaktivität des Ich ist ein Postulat der modernen, normalen Psychologie. Ihre Forschungsmethode ist die Selbstbesinnung (Introspektion), denn Objekt unseres Forschens kann nur der Inhalt unseres eigenen Bewußtseins sein. Fremdes Seelenleben können wir nur mittelbar erfassen durch Beobachtung mit Zuhilfenahme des Analogieschlusses: der Andere ist mir ähnlich.

Wichtige Erkenntnisse! Aber vergessen wir nicht, daß Unbewußtheit und Determiniertheit seelischen Geschehens schon von Freud gelehrt worden ist. Und was die Rolle des Ich anlangt, so lassen sich Bedenken nicht unterdrücken. Die Seele ist dynamisch, aber der Ich-Teil ist statisch? Nur Ablehnungsfreiheit, möglicherweise auch Zulassungsfreiheit, gesteht Driesch dem Ich zu, aber bedeutet Ablehnen oder Zulassen etwas anderes als selbsttätige Stellungnahme zu den Seelenvorgängen? Und wenn Driesch sagt, daß das Ich von den Seelenvorgängen „nicht affiziert" werde, und daß Erleben ein bloßes undynamisches Haben sei, so ist demgegenüber zu betonen, daß es das Ich ist, das erlebt, und daß Erleben teilnehmen am Leben bedeutet. Täglich erfährt jeder, wie sehr sein Ich von seiner Seele sowohl, wie auch von seinem Leibe in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Ich-Theorie von Driesch widerspricht also den Erfahrungstatsachen, und von Tatsachen will er ausgehen. Wenn etwas statisch ist, so kann es nur das Bewußtsein sein, das William Stern (System des kritischen Personalismus, 3. Aufl.) als Spiegel des Erlebten und als Waffe im Lebenskampf deutet. Und schließlich ist die Drieschsche Lehre auch keineswegs von allen Philosophen anerkannt, es sei nur auf Stern, Messer und Müller-Freienfels hingewiesen. Und die Medizin im besonderen betreffend, erklärt Freud: „das Ich gleicht im Verhältnis zum Es (zu den Leidenschaften) dem Reiter, der die überlegene Kraft des Pferdes zügeln soll". Alfred Adler lehnt sich in seiner Individual-Psychologie an den Personalismus von Stern an. Und auch bei E. Kretschmer (Med. Psych., 3. Aufl.) nimmt das Ich aktiv Stellung. Psychopathologisch ist die Spaltung und der Zerfall der Persönlichkeit für die Erklärung einzelner Symptome (z. B. des double consciance und bei der Schizophrenie) bedeutungsvoll, das Zentrum der Persönlichkeit aber ist das Ich. Und welches auch die Art der Psychotherapie sein möge, immer, außer in der Hypnose, appellieren wir an das aktive Ich. Wir Ärzte müssen also an der Aktivität des Ich festhalten, die Külpe mit den Worten erläutert hat: das Ich sitzt auf dem Thron und vollzieht Regierungsakte.

Aber noch ein anderer Gesichtspunkt ist für die Beurteilung der Drieschschen Psychologie maßgebend: sie ist eine solipsistische, d. h. Driesch betrachtet das Ich nur für sich allein. Solipsistisch genannt nach Max Stirners „Der Einzige und sein Eigentum" (1845). Freiheit fordert Stirner für das Ich, und frei sein heißt ihm: frei von Objekt, Welt, aber auch frei von Glauben und Partei, von Staat und Sittlichkeit. Ich bin mir alles, Ich tue alles nur um meinethalben; der Mensch bin Ich, Ich dieser Einzige; meine Macht gegen das Recht der Menschheit; die Welt ist meine Welt, ist nur für mich da, — das sind Aussprüche Stirners. Indes: Gespenster wollte Stirner verscheuchen, aber ein neues Gespenst hat er heraufbeschworen, das Ich, das ihm zum Idol wurde. Und doch ist das Ich nur Ausgangspunkt, nicht Zielpunkt seiner geistreichen Ketzereien; das was man gemeinhin als Egoismus bezeichnet, brandmarkt er mit scharfen Worten, und mit der Notwendigkeit von Gesellschaft und Sittlichkeit sucht er sich abzufinden. Aber der Herr ist und bleibt ihm das Ich. So stand Individuum gegen Gattung, Mensch gegen Menschheit, Ich gegen Gemeinschaft. Besteht dieser Gegensatz nicht auch heute noch? Die Welt ist für mich da, ist mein, sagt Stirner, aber trifft nicht auch das Umgekehrte zu: Ich bin für die Welt da? Bin Ich der Einzige? Das sind Fragen, die sich aufdrängen, wenn man an das Du denkt. Aber zunächst: Wie entsteht das psychologische Ich? Ist dazu das Du nötig?

Die Behauptung: ohne Du kann es kein Ich geben, ist falsch, erklärt Driesch, und mit Recht, denn das Ich setzt sich selbst, weil es ohne Ich kein Erleben gibt. Und Subjekt-Bildung geschieht gleichzeitig mit Objekt-Absetzung. Stern sagt: Im Augenblick, da die Person die erste Spur eines Erlebnisses in sich findet, beginnt sie auch zu scheiden zwischen sich und der Welt; die Ur-Analyse ist die in allem Bewußtwerden sich vollziehende Scheidung von Subjekt und Objekt. Erst innerhalb des Bewußtseins, fährt er fort, kommt es zur Synthese des Ich- und Objektbewußtseins. Und in der Tat: Ich und Objekt sind zusammengesetzte Gebilde, hervorgegangen aus der Verschmelzung aller zugehörigen seelischen Elemente zur Einheit. Aus dumpfen Körpergefühlen bildet sich das Ich und zum Objekt wird alles, was nicht den eigenen Körper angeht, alles Nicht-Ich. Nicht-Ich ist die Außenwelt, und die Außenwelt ist für das Kind nicht nur die Mutter, das Du, sondern auch die Milchflasche. Zur Ich-Bildung bedarf es also nicht des Dus, sondern jedes Objekt, welcher Art es auch sein möge, erfordert mit innerer Notwendigkeit ein wahrnehmendes Subjekt, und das ist das Ich. Und das Selbstbewußtsein?

Driesch sagt: Selbstbewußt ist das seines Wissens bewußte Ich. Aber in diesem Sinne bedeutet Selbstbewußtsein nichts weiter als Ichbewußtsein und ist rein solipsistisch gedacht. Im allgemeinen Sprachgebrauch jedoch verbinden wir mit dem Worte Selbstbewußtsein ein Werturteil des Ich über sich selbst, eine Selbsteinschätzung. Und der richtige Maßstab für die Selbsteinschätzung kann nur das Du sein, d. h. der Wert, den der Mitmensch und in weitestem Umfange

die menschliche Gemeinschaft dem Ich zuerkennt. Aber wie erhalte Ich Kenntnis davon? Vom Du erfahre Ich nur mittelbar etwas durch Beobachtung; sie gibt Aufschluß über das äußere Verhalten des Du, über seine äußere Haltung. Zur äußeren Haltung gehören alle Körperbewegungen, aber Mienen und Gesten, Sprache und Schrift sind die eigentlichen Ausdrucksbewegungen. Sie sind der sinnfälligste Ausdruck der seelischen Einstellung dem Objekt gegenüber, und seelische Einstellung ist innere Haltung. Äußere und innere Haltung entsprechen einander der Regel nach. Darum sagt Zutt (Mschr. f. Psychiatr. 1929) mit Recht, daß die äußere Haltung die wichtigste Quelle unseres Wissens vom Du und die Grundlage aller zwischenmenschlichen Beziehungen ist. Von den Ausdrucksbewegungen des Du schließe Ich also auf seine seelischen Vorgänge, und zwar vermöge des Analogieschlusses von Driesch oder nach dem logischen Satze von der Identität. Von Einfühlung hat Th. Lipps gesprochen und uns ist dieses Wort geläufig geworden. Die Fähigkeit dazu ist jedem Menschen angeboren, aber nicht jeder besitzt sie in demselben Grade. Daß bedeutende Ärzte dadurch ausgezeichnet waren, ist bekannt, taktvolle Feinfühligkeit verlangt Hippokrates in dem Kapitel über den ärztlichen Anstand nach der Übersetzung von Arnold Sack. Die Einfühlung ist es also, welche die gegenseitige Verständigung ermöglicht, aber auch gegenseitige Vergleichung und Einschätzung. Im Du erkennt das Ich erst voll und ganz sich selbst und seinen eigenen Wert. Selbsterkenntnis und Selbstbewußtsein verlangen also ein Du. Aber das Selbstbewußtsein ist eine Schöpfung des eigenen Geistes. Schöpfung und Entwicklung ohne Ende ist nach H. Bergson (Schöpferische Entwicklung) das Leben und schöpferische Tätigkeit das dem Menschen allein Eigentümliche. Schöpferische Tätigkeit, die sich in der Verfertigung von Werkzeugen und Waffen beim primitiven Menschen zeige. Deshalb hält auch B. den handwerkenden Menschen, den homo faber, für den Urtyp, nicht den homo sapiens Linnés. Aber die erste und wichtigste Schöpfung des Menschen ist das Selbstbewußtsein, denn es ist das Leitmotiv im Leben des Einzelnen und die eigentliche Grundlage für das Gemeinschaftsleben, und Gemeinschaftsleben ist das wirkliche Leben.

Die Gemeinschaft besteht aus Einzelwesen. Die kleinste Gemeinschaft, welcher Art sie auch sein möge, bilden Ich und Du. Aus dem Ich-Du-Verhältnis kann man auf alle psychologischen Situationen des sozialen Ichs schließen. Um das Gemeinschaftsleben verstehen zu können, muß man von dem Leben des Einzelwesens, von seinen biologischen Grundtrieben, ausgehen. Die Selbsterhaltung, rein physiologisch betrachtet, vollzieht sich automatisch auf Grund von Reaktionen, während die Selbstentwicklung spontan geschieht. Beide Triebe dienen dem Leben des Individuums. Tod des individuellen Lebens aber ist die notwendige Folge des indischen Yoga und aller ähnlichen Bestrebungen. Das Wort Yoga ist nach Oscar A. H. Schmitz stammverwandt mit Joch, jugum, jungere, und heißt Bindung, Einigung. Die Wurzeln des Yoga reichen zurück bis in die altindischen Geheimlehren, die Upanischaden, die in den Veden uns überkommen sind. Den Grundstock der Upanischaden bildet die Lehre von dem Atman und Brahman. Brahman: die geheimnisvolle, göttliche Kraft, die Weltseele, und Atman, deutsch Atem, Odem: die Einzelseele. Aber schließlich ist Atman identisch mit Brahman, d. h. die Einzelseele geht auf in der Weltseele. Und das ist auch der Zweck des Yoga: die Erkenntnis des Göttlichen in sich Selbst und die Einigung mit dem wahren Selbst. Dazu muß der Mensch sich freimachen von der nichtigen Welt und von dem empirischen, leibhaftigen Ich. Indes: der Mensch ist eine Ich-Person, d. h. der Geist ist an den Leib gebunden. Diese Verkoppelung macht den individuellen Menschen aus. Und im Selbstbewußtsein erlebt das Ich sich selbst, weiß vom Selbst, vom eigenen Leibe sowohl, wie von der Seele. Und das muß es, um mit der Umwelt sich auseinandersetzen und leben zu können. Allerdings ist die Bewertung dieses Selbst eine sehr verschiedene, daher die Mannigfaltigkeit der Menschheitstypen. Egoisten und Altruisten sind Grenztypen. Als Ich-verhaftet kennzeichnet Keyserling die Egoisten, richtiger sagt man wohl: Selbst-gebunden, weil im Selbst die ganze Ich-Person einbegriffen ist. Im Gegensatz hierzu sind die Altruisten fremd-bezogen, ausgezeichnet durch Hingebung an den fremden, anderen Menschen, oftmals mit Selbst-Verleugnung und Selbst-Aufopferung. Hierbei möge man an Albert Schweitzer denken. Daß solche Menschen einen hohen ethischen Wert haben, während die Egoisten Schädlinge an der Gemeinschaft sind, bedarf keines Beweises. Aber im Selbstbewußtsein macht jeder sich zum Mittelpunkte seiner Welt, wie Stern hervorhebt, und immer ist das Ich der Brennpunkt aller seelischen Inhalte, egozentrisch ist jeder. Von den vielen Spielarten der Egozentrizität verdient ein Typ näher betrachtet zu werden. Nicht selbstlos dem Du hingegeben, aber auch nicht selbstsüchtig leben solche Menschen ihr eigenes Leben. Oft sind es Künstler, oft Gelehrte. Von einem hohen Ich-Ideal beseelt und unablässig bemüht, es zu erreichen, werden sie zu Persönlichkeiten von feinster Ausprägung. So waren Rembrandt, Spinoza, Goethe, Nietzsche, um nur einige allbekannte Beispiele anzuführen. Als Goethe den Werther schrieb, und auch später zog er sich zeitweilig zurück, richtete, wie er bildhaft sich ausdrückte, eine hohe Mauer um seine Ich-Zitadelle auf, um gegen Störenfriede seiner Gedanken sich zu schützen. Dabei besaß er einen ausgesprochenen Geselligkeitstrieb. Und wer will sagen, ob Faust nicht ein Fragment und manches ungeschrieben geblieben wäre, wenn nicht Schiller

immer wieder angeregt, gemahnt und ermahnt hätte! Alles das ist ja längst bekannt, jedoch sollen diese Hinweise zeigen, daß selbst ein Goethe keineswegs unabhängig vom Du war. Und „ohne Hast aber auch ohne Rast“ hat er an seiner Selbstverkommnung gearbeitet und als das höchste Glück die Persönlichkeit gepriesen. Persönlichkeit, kein Individuum hat sie für sich, Persönlichkeit ist der soziale Reizwert des Individuums, — das waren die Leitsätze auf dem amerikanischen Psychologenkongreß 1929. Wie durch Reiben von Holz auf Holz Feuer entsteht, so entzündet sich im menschlichen Verkehr Geist an Geist. Erst in der Gemeinschaft und durch die Gemeinschaft entfaltet die Person sich zur Persönlichkeit.

Aber das Leben ist Kampf, und Kampf ist der Vater der Dinge nach einem Ausspruch des weisen Heraklit. Von der Befriedigung des Geschlechtstriebes abgesehen, ständiger Kampf nicht nur um die körperliche Selbsterhaltung, sondern auch um die Erhaltung des Selbstbewußtseins. Denn in der Welt gibt es kein Sein, nur Gelten (Münsterberg), und das Wesen des Lebens ist nach Nietzsche Wille zur Macht. Das ist auch der Grundgedanke der Individualpsychologie Adlers. Denn er sagt: Aus der kindlichen Minderwertigkeit entspringt der männliche Protest, der Wunsch, ein Mann zu sein, und der Aggressionstrieb. Daß bei vielen Menschen der Macht- oder Geltungstrieb den Lebensplan bestimmt, daran ist kein Zweifel, geschichtlicher Beispiele gibt es genug. Im gewöhnlichen Leben aber findet er an den Wirklichkeiten des Lebens seine Schranken. Das erkannte auch Freud und deshalb gab er seinem Lustprinzip einen Aufbau: das Realitätsprinzip. Und unter den Realitäten des Lebens nimmt der Mitmensch die erste Stelle ein. Immer und überall macht das Du dem Ich den Platz an der Sonne strittig, darum sind Ich und Du Feinde, aber feindliche Brüder, weil das Band der Gemeinschaft sie zusammenhält. Aus der Lebensverbundenheit von Ich und Du einerseits und ihrer Gegensätzlichkeit andererseits erklären sich alle die Gefühle, die man als Gemeinschaftsgefühle bezeichnen kann: Hochmut, Neid, Freundschaft, Großmut, Mitleid und wie sie alle heißen mögen. Seelische Reaktionen auf das Du sind sie, und Gefühle sind die Triebräder der Seele. Zwei Grundrichtungen lassen sich unterscheiden: Zuwendung und Abwendung, psychologisch ausgedrückt: Zuneigung und Abneigung mit den Grenzwerten der Liebe und des Hasses. Von Ressentiment wird jetzt oft gesprochen, Nietzsche (Genealogie der Moral) hat den Begriff eingeführt. Eine Gefühlsreaktion ist es, wie schon das Wort erkennen läßt, und zwar eine dem Du feindliche. Aber Nietzsche will in der Hauptsache darunter verstanden wissen die passive Rache, die Rache ohne Tat. Der Mensch des Ressentiment schlägt nicht den Feind nieder, sondern lehnt sich nur innerlich gegen ihn auf und setzt ihn herab, um sein Selbstgefühl zu retten. Eine Sicherungstendenz im Sinne Adlers ist das Ressentiment, ein passiver Affekt im Gegensatz zu dem aktiven, z. B. dem Zorn. Verwandt diesem passiven Affekt sind die negativen Affekte Kretschmers: Sorge, Zweifel usw. Etwas Anderes aber bedeutet der aus der Psychoanalyse (Jung-Bleuler) stammende Begriff: Komplex. Freud erklärt ihn als eine Gruppe von zusammengehörigen, mit Affekt besetzten Vorstellungselementen. Gewiß ist die Affektbesetzung wichtig, aber nicht jedes affektstarke Erlebnis wird zum Komplex. Die psychischen Inhalte, welche den Komplex ausmachen, werden nach A. Kronfeld nicht nur dauernd durch den gleichen Affekt zusammengehalten, sondern behalten auch dauernd ihre dynamische Wirksamkeit. Verdrängt und losgelöst vom Strome des seelischen Geschehens lebt das Erlebnis nach Freud im Unbewußten isoliert weiter und wirkt wie ein Fremdkörper, der immer wieder Reizzustände verursachen kann. Als energetische Neben-Zentren kennzeichnet Kretschmer die Komplexe. Zu energetischen Haupt-Zentren können sie werden und die Lebenslinie verbiegen. Ihrer Eigenart entsprechend zählen sie zu den katathymen Reaktionen. Anlaß zur Komplexbildung gibt oft, wenn auch nicht immer, das soziale Leben, also das Du.

Aus allem dem erhellt die Bedeutung des Du für das Ich. Aber noch fehlt das Wichtigste. Die Hauptaufgaben des Staates sind: Recht und Macht, Kultur und Wohlfahrt (Joh. Dück), und das trifft mehr oder weniger für jede Gemeinschaft zu. Im Gemeinschaftsleben aber kommt es auf das Handeln an. Aus Gründen der Selbsterhaltung besteht Urfehde zwischen Ich und Du, sie muß die Gemeinschaft in Schranken halten, will sie ihren Zweck erfüllen. Die Richtschnur für das Handeln geben die Gesetze der Ethik und Moral. Nun kommen für jede Handlung (Kant, Krit. d. prakt. Vernunft) zweierlei Bestimmungsgründe in Frage, äußere und innere. Die äußeren beziehen sich auf das, was „nicht in meiner Gewalt“ ist, und sind allgemein-menschlicher Art. Es sind die Notwendigkeiten des Lebens. Die inneren Bestimmungsgründe unterscheidet Kant nach Pflicht und Neigung. Beide können bei einer und derselben Handlung als Motive konkurrieren. In dem „Beschluß“ seiner Kritik d. prakt. Vernunft spricht Kant die bekannten Worte: „Zwei Dinge erfüllen das Gemüt mit immer neuer und zunehmender Bewunderung und Ehrfurcht, je öfter und anhaltender sich das Nachdenken damit beschäftigt: der bestirnte Himmel über mir und das moralische Gesetz in mir.“ Der bestirnte Himmel: die Sinnenwelt oder Erscheinungswelt, in der Notwendigkeit herrsche, im Gegensatz zur intelligiblen Welt oder Vernunftwelt, in der Freiheit zu Hause sei, Freiheit dank dem moralischen Gesetze in mir. Denn frei sein heiße: der praktischen Vernunft gemäß handeln. Aber Kants moralisches Gesetz ist

von vielen Seiten angezweifelt worden. Vaihinger nennt es eine Fiktion, so als ob es von Gott uns auferlegt wäre. Und mit Recht, denn „das moralische Gesetz in mir“ hat es nie gegeben, sonst wäre nicht die Moral zu allen Zeiten und bei allen Völkern verschieden gewesen. Aber sind denn nicht die Menschen von Haus aus gut? Viele Ethiker glauben es. Jedoch schon Plotin hat die Materie, also auch den Leib, als das an sich Böse bezeichnet im Gegensatz zu dem an sich guten Ur-Prinzip und der heil. Augustinus konnte keinen anderen Grund für die Schlechtigkeit der Menschen finden als die Erbsünde. Und Goethe schrieb an Schiller: „Sobald man den Menschen von Haus aus für gut annimmt, ist der freie Wille das alberne Vermögen, aus Wahl vom Guten abzuweichen und sich dadurch schuldig zu machen.“ Also ist der Mensch von Haus aus schlecht? Spinoza und Nietzsche halten gut und schlecht für menschliche Werturteile, und Nietzsche fügt hinzu, daß die Priesterkaste sie geschaffen hat. Schlecht komme her von schlicht, dem gemeinen Manne eigen; gut, sprachlich verwandt mit gothisch, sei gleichbedeutend mit vornehm. Sklavenmoral und Herrenmoral. Zuerst habe der Mensch nur nützlich und schädlich gekannt. Und so ist es auch, man braucht nur die Urgeschichte des Menschen zu lesen (O. Hauser, Klaatsch-Heilborn u. a.), oder an Kinder zu denken, denen die moralischen Begriffe erst mühsam beigebracht werden müssen. Weder gut, noch schlecht ist der Mensch von Haus aus. Nur unter diesem Gesichtswinkel gesehen hat das Freiheitsproblem praktischen Wert, und Sinn hat es überhaupt nur im Hinblick auf das Du. Im Gemeinschaftsleben wird die Freiheit des Handelns beschränkt durch soziale und religiöse Bindungen und durch die Sitten und Gebräuche der Gesellschaft. Überindividuelle Zwecke (Stern), die der Familie und Gemeinde, dem Volk und Staat und der ganzen Menschheit dienen, muß jeder in sich aufnehmen und mit seinen Sonderzwecken zu vereinbaren suchen. Und entsagen, entsagen der freien Selbstentfaltung, opfern seine Neigungen dem Gemeinwohl und als dienendes Glied an ein Ganzes sich anschließen. Des alten Goethe Lebensweisheit war es. Frei ist nur „die innere Tat“ (Kierkegaard), nicht das Vollbringen, sondern nur das Wollen.

Selbsterhaltung und Selbstentwicklung, Notwendigkeit und Freiheit, Wirklichkeit und Ideal, Minderwertigkeitsgefühl und Machtstreben, Zuneigung und Abneigung, Hingabe und Selbstsucht, Pflicht und Neigung umfassen alle Gegebenheiten des Ich. Selbsterhaltung und Selbstentwicklung bilden als organisches Prinzip eine biologische Einheit, sonst aber stellen diese Begriffe Gegensatzpaare dar. Oft genug werden sie zu dynamischen Faktoren, zu seelischen Triebkräften, die als gegensätzlich gerichtete eine innere Spannung bedingen, welche zur Lösung drängt. Aber nicht jeder hat die Spannkraft, daß er den Anforderungen des Augenblicks gewachsen ist. Konflikte zwischen Sollen und Können und zwischen Wollen und Dürfen, Weltangst und Lebensangst sind die Folge. Auf der internationalen Hygieneausstellung in Dresden (1930) wird Nervosität erklärt als eine Störung der Beziehungen zwischen den Ansprüchen des Individuums und den Notwendigkeiten der Realität. Von den allgemeinen Notwendigkeiten des Lebens abgesehen aber ist und bleibt für das Ich die wichtigste Realität das Du. Das Du und das Selbst sind die beiden Klippen, zwischen denen das Ich, wie Odysseus zwischen Scylla und Charybdis, hindurchfahren muß. So fordert es das Leben.

Dr. Niesel, Stettin, Kaiser-Wilhelm-Str. 4.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 21. Januar 1931 erfolgten vor der Tagesordnung durch Herrn Löwenthal pathologisch-anatomische Demonstrationen, und zwar wurden zunächst zwei Fälle von Aortenruptur gezeigt. Im ersten Falle handelt es sich um eine Frau von 37 Jahren, die vor 7 Jahren nach einer heftigen Gemütserregung Herzbeschwerden bekommen hatte. Die zunehmende Atemnot wurde auf eine Struma bezogen, deren Entfernung trotz Avertinnarkose mit sehr unangenehmen Begleiterscheinungen einherging. Da die Atemnot nicht besser wurde, ein Knoten im Jugulum vorhanden war, so wurde unter der Diagnose retrosternale Struma erneut operiert. Hierbei kam es zu einer abundanten, tödlichen Blutung. Bei der Sektion fand sich eine alte Aortensyphilis, die den aufsteigenden Aortenteil frei gelassen hatte. An der Konvexität der Aorta war, wie man annehmen muß, unter dem Einfluß der Erregung, eine Aortenruptur erfolgt mit Blutungen in die umgebenden Weichteile. Die Blutung hatte sich organisiert. Das Aneurysma spurium war begrenzt von den Karotiden und der wachsenden Struma. Bei der Strumektomie barst das Aneurysma. — In einem zweiten Falle hatte ein Mann von 45 Jahren im Felde eine Nephritis gehabt, die in eine chronische Nierenentzündung überging. Im Anschluß an große Erregungen kam es zu einer Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. Wegen einer mit großer Schmerzhaftigkeit einsetzenden schlaffen Lähmung beider unteren Extremitäten, die mit Anästhesie einherging wurde in Lumbalanästhesie operiert und ein oberhalb der Teilungsstelle der Aorta sitzender zusammengedrehter Intimaring entfernt. Der Kranke starb nach wenigen Stunden. Bei der Obduktion fand sich neben einer kombinierten entzündlichen und arteriosklerotischen Nierenveränderung eine allgemeine arteriosklerotische und atheromatöse Veränderung der Gefäße. Die Aorta ascendens zeigte einen fast völligen Querriß, es fand sich ein Querriß der innersten Schichten der Bauchaorta, ein intramurales Hämaton der Coeliaca. Wahrscheinlich haben schwere Kreislaufstörungen im Bereich der Vasa vasorum zu Muskelnekrosen und Blutungen und damit zu Auflockerungen der Gefäßwand geführt. Schließlich sprach Herr Löwenthal über Eunuchoidismus. Eunuchoide sind Männer, die aussehen wie Kastraten, sich auch so benehmen, aber nachweisbare Hoden haben. Einen sicheren Fall von weiblichem Eunuchoidismus kennt man bisher nicht. Die Hauptmerkmale bei Eunuchoidismus sind disproportionierter Hochwuchs, Fettansatz, weiblicher Behaarungstyp, Fehlen von Potenz und Libido. Im Hoden finden sich Degenerationsprozesse unspezifischer Art. Sie setzen in der Pubertätszeit ein. In der Tagesordnung hielt Herr del Rio Hortega aus Madrid einen Vortrag: Das dritte Element des Zentralnervensystems.

Im Zentralnervensystem gibt es eine Gruppe von Zellen, deren besondere Aufgabe es ist, die Stoffwechselprodukte der anderen Zellen in sich aufzunehmen, sie zu verarbeiten, zn transformieren und schließlich sie auszuscheiden. Sie arbeiten sehr intensiv und nehmen mit ihrem Protoplasma die Abbauprodukte auf. Hierfür haben sie phagozytäre Eigenschaften. Im Gegensatz zu den anderen Hirnzellen entstammen sie dem Mesenchym. H. nennt sie Mikrogliazellen. Ihre Umwandlung in Gebilde des Ektoderms, also in Gliazellen erfolgt niemals. Sie funktionieren entsprechend der Tätigkeit des retikulo-endothelialen Systems, das sie für das Gehirn auch darstellen. In pathologischen Fällen arbeiten sie ganz anders als die dem Ektoderm entstammenden Zellen. Ihr Auftreten erfolgt in der letzten Zeit des Embryonallebens, und zwar sieht man sie zuerst unmittelbar unter der Pia. Dort in der Tela chorioidea ist auch ihre Ursprungsstelle. Von der Adventitia der Gefäße aus wandern sie rasch in die Nervensubstanz. Ihre Jugendform kann man heute noch nicht identifizieren, aber man sieht in der Pia Zellen, die hierfür in Betracht kommen. Aus ihnen stammen Rundzellen mit amöboider Bewegung. Sie senden Pseudopodien aus, die sich verzweigen. Ein Teil der Pseudopodien verschwindet wieder, ein anderer verzweigt sich weiter. Die Zellen unterliegen auch dem Einfluß der Gewebsstruktur, die aus ihnen langgestrekte Gebilde werden läßt. Mikrogliazellen sind in der grauen und in der weißen Hirnsubstanz vorhanden. Es sind noch nicht alle Eigenschaften der Mikrogliazellen bekannt, aber es steht ihre phagozytäre Fähigkeit fest. In pathologischen Fällen erfahren die Zellen eine Metamorphose, indem sie wieder ihre amöboide Bewegung gewinnen, sich in runde Formen wandeln, Pseudopodien aussenden. Zunächst geschieht das mit den dem Krankheitsherd zunächst liegenden Zellen, später folgen die ferner liegenden. Bei fast allen Entzündungen sieht man die Einschlüsse in den laminaren Formen der Zellen. Sie können dabei eine Volumzunahme erfahren, ihre Fortsätze verlieren, vakuolisieren. 24 Stunden nachdem man eine Läsion gesetzt hat, findet man schon Fettkörnchen in der Mikrogliazelle. Welches das letzte Schicksal einer solchen Zelle mit phagozytierten Einschlüssen ist, weiß man noch nicht. In der Aussprache hierzu begrüßt Herr Benda die Mitteilungen von Hortega. Sie schlagen die Brücke zwischen den entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems und den übrigen entzündlichen Erkrankungen; es ist der Beweis erbracht, daß dieselben Elemente für die Entzündungen in Betracht kommen. Herr Emanuel fragt, ob die Mikrogliazellen sich aus ihrem Verbande lösen und irgendwie in den Liquor gelangen können. Man findet im Liquor mitunter Zellen, die als Makrophagen angesprochen werden und für die Zusammenhänge mit den Mikrogliazellen denkbar sind. Herr Kreuzfeld anerkennt die Eigenart der Mikrogliazellen, die nach ihrem Entdecker Hortegazellen genannt werden. Ihren mesodermalen Ursprung hält K. aber nicht für unbedingt sicher, obwohl manches dafür spricht. Man müßte sehen, daß die primären entzündlichen Reaktionen im Gehirn von diesen Zellen geleitet werden. Das ist nicht der Fall. Die primäre Rolle fällt den Plasmazellen zu, während die Hortegazellen sekundär wirken. F.

Das Neueste aus der Medizin.

Rundfunk und ärztlicher Hochfrequenzbetrieb.

Die Tatsache, daß Röntgen-, Diathermie- und ähnliche ärztliche Apparate — sämtlich auf dem Hochfrequenzprinzip aufgebaut! — während ihres Betriebs den Rundfunkempfang in ihrer Umgebung stören und ganz unmöglich machen können, ist nicht allein ein physikalisches Dilemma; sie scheint auch ein juristisches Problem von Bedeutung — für uns Ärzte recht unangenehmer Bedeutung werden zu wollen. Es erhebt sich zunächst die Frage, ob die sich geschädigt glaubenden Rundfunkempfänger ein elementares Recht auf die Beseitigung solcher Störungen geltend machen können, Störungen, die, man vergesse es nicht, aus der sozialsten und edelsten aller Aufgaben, der des Heilens, erwachsen. Wenn sie es aber können, ist die zweite Frage, wer für die Abhilfe zu sorgen hat, vorausgesetzt, daß eine solche technisch und wirtschaftlich überhaupt ins Werk gesetzt werden kann. Beide Fragen haben in der Gerichtspraxis bereits eine Rolle gespielt und sind bisher in den meisten Fällen zuungunsten der Störer — Ärzte, Institutsbesitzer und Besitzer von Starkstrommaschinen — entschieden worden. Die höchsten Instanzen haben jedoch noch nicht gesprochen. Es ist also noch die Möglichkeit gegeben, durch klares Herausarbeiten der ärztlichen Gesichtspunkte einen Einfluß auf die Rechtsprechung in diesen für uns alle äußerst wichtigen Fragen auszuüben, es ist aber auch hohe Zeit, daß dies geschieht.

Wir entnehmen diese Tatsachen einem Bericht von Dr. med. et phil. B. Berliner in Nr. 8 des „Gr.-Berl. Ärztebl.“. Der Verf. plant augenscheinlich eine gemeinsame Gegenwehr der betroffenen Kollegen und physikalisch-therapeutischen Institute gegen die vom Rundfunk ausgehenden und auf mehr oder weniger starke Einengung der Berufsbetätigung zielenden Angriffe. Denn nicht der einzelne gestörte Funkempfänger geht vor gegen den Arzt, die Rundfunkgesellschaft selbst nimmt ihm dies ab, und zwar kostenlos. In welcher Weise dabei Stimmung gemacht wird, zeigt ein aus dem „Berliner Tageblatt“ zitierter Satz, worin der Störer als „Raubritter der akustischen Genüsse“ bezeichnet wird.

Man wird Berliner beistimmen können, wenn er sagt: „Für einen Arzt, der seit Jahrzehnten physikalische Therapie treibt, Kranken hilft und seine wie seiner Familie Existenz darauf gegründet hat, ist diese Titulierung bitter“.

Berliner führt ein ergangenes Urteil des Amtsgerichtes Karlsruhe an, das den betroffenen Arzt zwingt, in den Hauptsendestunden seine Apparate ruhen zu lassen bei Vermeiden einer Geldstrafe in unbeschränkter Höhe oder einer Haft bis zu 6 Monaten für jeden Fall der Zuwiderhandlung. Die juristische Begründung ist ebenso interessant wie fragwürdig; auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. In einem andern Fall wurde der Apparatebesitzer verurteilt, auf eigene Kosten Entstörungsmaßnahmen vornehmen zu lassen. Diese sind ebenso kostspielig wie unsicher im Erfolg.

Und so geht es weiter. Berliner führt demgegenüber ins Feld, daß das Verbot der Betätigung der medizinischen Apparate einer Enteignung gleich komme und daß der Rundfunk

als später gekommener „Besitzer des Äthers“ dazu kein Recht ableiten könne. Er fordert, daß der Rundfunk selbst für die Entstörung der Empfangsgeräte sorgen solle und nennt das Verhalten der Berliner Elektrizitätswerke gelegentlich der Umstellung von Gleich- auf Wechselstrom einen Präzedenzfall dazu; damals übernahmen die Werke ohne weiteres die Kosten für die Auswechselung oder Umstellung der Apparate.

Schön und gut! Wir dürfen ruhig noch einen Schritt weitergehen und hinter die bedenken- und grenzenlose Vergottung der „Kulturerrungenschaft“ Rundfunk ein gelindes Fragezeichen machen. Zunächst einmal ist er eine technische Errungenschaft, und vorerst eine wenig vollkommene. Wenn nun wirklich ein paar Hörer in ihren Sportnachrichten oder beim Anhören des von Herrn Bert Brecht verbesserten „Hamlet“ durch eine in der Nähe vorgenommene Röntgenaufnahme gestört werden, erscheint uns das so entsetzlich nicht.

Ein neues Riesenteleskop.

In Nordamerika geht ein neues Riesenteleskop, das gewaltigste der Welt, der Vollendung entgegen. Es wird der Menschheit neue, unbekannte Wunder des Sternenweltalls eröffnen. Dieses Instrument, dessen Spiegel einen Durchmesser von 5,08 m aufweisen wird und dessen Gewicht mit 600 Zentnern berechnet wird, soll die Grenze des sichtbaren Universums bis auf 1700 Millionen Lichtjahre hinausschieben. Die mit den bisherigen stärksten Instrumenten im Weltall gefundenen Spiralnebel waren im Höchstfall den 10. Teil davon, 170 Millionen Lichtjahre entfernt. Die Astronomen hoffen, in diesem Refraktor zum erstenmal die nächsten Fixsterne nicht mehr als leuchtende Punkte, sondern als Scheiben sehen zu können, und sie denken, dem Rätsel der Geburt von Weltkörpern auf die Sprünge kommen zu können. Dies neue Teleskop wird uns das Licht von Weltkörpern zeigen, die zum Teil jetzt schon seit Tausenden von Jahren nicht mehr existieren, längst kosmischen Katastrophen zum Opfer gefallen sind.

Der Ort, wo dieses Wunderinstrument seine Aufstellung finden soll, ist einstweilen noch unbestimmt, eine wissenschaftliche Kommission sucht in Nordamerika eine geeignete Anhöhe.

Dr. Richard Wolf (Berlin).

Therapeutische Umschau.

Als Brompräparat

empfehlen Jaffé (Dtsch. med. Wschr. Nr. 38) und Conditt (Fortschr. Med. Nr. 21) das Bromhefepräparat Brosedan, bei dem der unangenehme Bromgeschmack durch Würzzusatz völlig verdeckt ist. Man nimmt einen Teelöffel = 5 ccm Brodesan auf eine halbe Tasse heißen Wassers und erhält so ein Getränk von bouillonartigem Geschmack. Diese Bromtherapie wird bei nervosen Zuständen, bei beginnender Hypertonie, sowie bei Labilitäten im Kreislauf (Basedow) empfohlen. Günstige Resultate sind auch bei Schlaflosigkeit Neurasthenischer erzielt worden; hier gibt man eine Stunde vor dem Schlafengehen zwei Teelöffel auf einmal.

Als neues Gichtmittel

wird von Thom (Dtsch. med. Wschr. Nr. 39) Fantan empfohlen, das chemisch als Phenylcinchonoylurethan zu bezeichnen ist. Es wird sehr gut vertragen und ermöglicht auch eine längere Behandlung. Man gibt 3—5 mal täglich 0,5, und zwar 10—14 Tage lang; dann wird eine Pause von 5—6 Tagen gemacht und die Kur in der Weise fortgesetzt, daß man auf 3—4 Fantantage immer 3—4 Tage Pause folgen läßt.

Als Eupaverin

wird von Wolfes und Kreitmair (Dtsch. med. Wsch. Nr. 40) eine neue synthetische Verbindung bezeichnet, die mit Papaverin chemisch verwandt ist und auch pharmakologisch in demselben Sinne wirkt; es zeichnet sich vor dem Papaverin dadurch aus, daß es bei halber Giftigkeit doppelte Wirksamkeit besitzt. Über klinische Erfahrungen berichtet Pal (ebenda); bei spasmodischen Zuständen der glatten Muskeln sind Gaben von 0,03 bis 0,06 intravenös von prompter Wirkung. Per os oder subkutan ist gleichfalls 0,03—0,06 zu geben, die Wirkung tritt dann nach etwa 20 bis 25 Minuten ein. Besonders empfohlen bei den Schmerzanfällen bei Gallenstein- und Gallenblasenkranken, auch bei Nierenkolik, sowie Gefäßspasmen; bei fixiertem Hochdruck ist Eupaverin wie Papaverin meist wirkungslos.

Als Furunkelschutz

empfiehlt Förster (Münch. med. Wschr. Nr. 39), aus einem Gummiröhrchen einen kleinen Ring etwa von Pfenniggröße zu nähen, den man auf ein größeres Stück Leukoplast legt, und beides auf einen entstehenden Furunkel so aufzulegen, daß er abgeschlossen und gegen Druck behütet ist.

Bei Brandwunden

empfiehlt Novak (Münch. med. Wschr. S. 1669) das Auflegen von Umschlägen aus steriler Watte, die mit sterilen 2- oder 4 proz. Lösungen von Novokain mit einem eventuellen Zusatz von 0,003 Proz. Adrenalin getränkt sind. Die Lösungen müssen aber der Blutalkaleszenz angepaßt sein, sonst können nach den Mitteilungen der Sauerbruchschen Klinik Gewebsschädigungen ausgelöst werden. — Als einfaches und ungefährliches Mittel empfiehlt Schrohe (Münch. med. Wschr. Nr. 41) Thymolöl, und zwar Thymol 1,0, Ol. olivar. ad 150,0. Damit werden frische wie auch alte Brandflächen bestrichen.

Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für Monat April 1931. Auf Welle 1635 über Königswusterhausen. Am 17. April 1931, von 19—19,15 Uhr Vortragender vorbehalten: Bericht über den Kongreß für innere Medizin; von 19,15—19,20 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

In Locarno findet in der Zeit vom 14. bis 28. April **ein medizinischer Fortbildungskurs** statt, an dem allererste Autoritäten aus Deutschland, Frankreich, Belgien, Italien und der Schweiz mitwirken. Es sind mit dem Kurs erhebliche Vergünstigungen sowohl bezüglich der Fahrt wie des Aufenthalts verbunden. Näheres durch das Sekretariat der Tomarkin Foundation in Locarno, Postfach 128.

Einen praktischen Diätkursus veranstaltet die Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte am 17. und 18. April d. J. (also im unmittelbaren Anschluß an die Wiesbadener Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin). Einleitende Vorträge: 1. Allgemeine Gesichtspunkte für die Ernährung von Kreislaufkranken mit besonderer Berücksichtigung der Wirkungsweise und der Indikationen der kochsalzarmen Kost (Prof. Volhard, Frankfurt a. M.). 2. Säure-Basengleichgewicht, vegetarische und Rohkost (Prof. Grote, Frankfurt a. M.). Außerdem finden küchentechnische Vorträge und praktische Vorführungen statt. Beginn: 17. IV. pünktlich 11 Uhr im Kerckhoff-Institut. Teilnahme für Ärzte unentgeltlich. Anmeldungen erbeten an Dr. Lehr, Bad Nauheim, Küchlerstr. 9.
L.

Der III. ärztliche Fortbildungskurs in Bad Pyrmont findet vom 8.—10. Mai dieses Jahres statt. Das Gesamtthema lautet: Rheuma-, Herz- und Frauenleiden in ihren Beziehungen zueinander und zu anderen Erkrankungen, bzw. zum Gesamtorganismus. Als Kurslehrer wirken mit die Herren Proff.: Grober (Jena), F. Kauffmann (Berlin), van Rooy (Amsterdam), Schottmüller (Hamburg), Schröder (Kiel), Straub (Göttingen), Wagner (Berlin) und Arnold Zimmer (Berlin). Auch Besichtigungen und gesellige Veranstaltungen sind vorgesehen. Die Teilnahme ist unentgeltlich. Ausführliches Programm durch San.-Rat Pohl, Bad Pyrmont. L.

Im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg findet vom 1. Juni bis 4. Juli ein Malariakursus statt. Einführung in die Hämatologie und Protozoologie, Klinik, Parasitologie, pathologische Anatomie, Epidemiologie, Therapie und Bekämpfung der Malaria; Stechmücken und deren Bekämpfung (mit praktischen Übungen und Krankenvorstellungen). Als Dozenten wirken mit: Fülleborn, Giemsa, Martini, Mayer, Mühlens, Nauck, Regendanz, Reichenow, Weise. — Der übliche Kursus über exotische Pathologie und medizinische Parasitologie einschließlich Schiffs- und Tropenhygiene, exotische Tierseuchen und Fleischbeschau, wird vom 5. Oktober bis 19. Dezember abgehalten. Näheres durch das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard Nocht-Str. 74. L.

Gründung des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung. Am 25. Februar d. J. fand im Kaiserin Friedrich-Hause die konstituierende Sitzung des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung statt. Der Ausschuß hat sich die Aufgabe gestellt, alle Wege, die zur Krebsbekämpfung dienlich sind, zu fördern und insbesondere für eine planmäßige Verteilung des Radiums Sorge zu tragen. Zum Vorsitzenden wurde der Ministerialdirektor im Reichsministerium des Innern, Dr. Dammann, zum stellv. Vors. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Ferd. Blumenthal und zum Generalsekretär Herr Regierungsrat Grüneisen gewählt. Geschäftsstelle des Reichsausschusses ist das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2/4.

Das Lübecker Kindersterben. Den Hamburger Nachrichten entnehmen wir, daß zwischen dem Lübecker Senat und den vom Lübecker Kindersterben nach Anwendung des Calmette-Verfahrens geschädigten Eltern ein Schiedsvertrag über Schadenersatz ausgearbeitet worden ist. In der amtlichen Mitteilung aus dem Reichsministerium des Innern war gesagt worden, daß diese Regelung des Schadenersatzes unabhängig von dem Strafverfahren gegen Prof. Deycke und Genossen getroffen wird, weil der Abschluß des Strafverfahrens sich verzögert. Wie wir nun erfahren, hat der Lübecker Untersuchungsrichter den Hamburger Tuberkuloseforscher Prof. Dr. Hans Much aufgefordert, die Lübecker Tuberkulosekulturen, die mit dem Kindersterben in Zusammenhang stehen, in seinem Institut zu Eppendorf noch einmal zu untersuchen, nachdem sie schon vom Reichsgesundheitsamt untersucht worden sind. Wie wir schon vor etlichen Wochen ausführlich darlegen konnten, hat seinerzeit Prof. Dr. Much sehr scharfe Kritik an dem Calmette-Verfahren geübt. Deshalb hat ihn Prof. Calmette gebeten, nach Paris zu kommen. Dort wollen die beiden Gelehrten noch einmal zusammen die Versuche und den Standpunkt Prof. Muchs überprüfen, um dann das erzielte Ergebnis der Weltpresse zu übergeben. Prof. Dr. Much hat die Einladung nach Paris angenommen. Nun ist aber die Aufforderung des Lübecker Untersuchungsrichters dazwischen getreten und Prof. Much muß zunächst die ihm hier zugewiesene Aufgabe erfüllen. Infolgedessen können die Untersuchungen in Paris erst Anfang Juni aufgenommen werden. Die Reichsregierung hat es im Gegensatz zur Hamburger Regierung für richtig gehalten, Prof. Dr. Much nicht offiziell zu entsenden; vielmehr hat sie der Hamburger Regierung empfohlen, dem Forscher nur einen Urlaub zu erteilen und ihn sozusagen in eigener Sache, als Privatgelehrten, nach Paris reisen zu lassen, ohne daß sich eine Behörde an den Kosten der Reise beteilige. Darauf war die pünktliche Antwort, daß vom lebhaft interessierten Ausland (Frankreich?) Prof. Dr. Much die erforderliche Summe für die Reise privatim zur Verfügung gestellt worden ist.

Personalien. Reg. Med.-Rat Dr. Heinemann-Grüder wurde zum Leiter des Versorgungskrankenhauses Potsdam ernannt. — Dr. Fritz Mainzer habilitierte sich für innere Medizin. — Dr. Ludolph Fischer, Assistent an der Medizinischen Klinik in Tübingen, ist die Lehrberechtigung für innere und physikalische Therapie erteilt worden. — San.-Rat Georg Ernst Zapel, Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Berlin-Spandau, tritt infolge Erreichung der Altersgrenze am 1. Oktober in den Ruhestand. — Prof. Richard Otto, Abteilungsdirektor am Robert-Koch-Institut in Berlin, erhielt den Preis der Hans-Aronson-Stiftung. — Dr. Otto Schwarz, außerordentlicher Professor für Augenheilkunde in Leipzig, ist, 72 Jahre alt, gestorben. — Dr. Theodor Seitz, Leiter des Hamburger Wöchnerinnenheimes, ist als Nachfolger des verstorbenen Prof. Friedrich Matthaei, zum leitenden Oberarzt der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses St. Georg in Hamburg ernannt worden. — Dr. Joachim Freiherr von Ledebur habilitierte sich in Breslau für Physiologie. — Prof. Hans Zange (Graz) ist auf den Lehrstuhl für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilkunde in Jena berufen worden. — In Gießen habilitierten sich: Dr. Walter Rauh für Augenheilkunde, Dr. Heinrich Rossenbeck für Frauenheilkunde, Dr. Werner Schopper für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. — Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Leopold Kuttner als Direktor des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin sind von der Gesundheitsdeputation vorgeschlagen: Dr. Alexander von Domarus, Chefarzt der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Weißensee-Berlin, Prof. Reinhard von den Velden, Chefarzt der inneren Abteilung am städtischen Krankenhaus Wilmersdorf-Berlin, Prof. Hermann Zondek, Chefarzt der inneren Abteilung am Urbankrankenhaus Berlin, Priv.-Doz. Kurt Gutzeit, Assistent in der medizinischen Universitätsklinik in Breslau. — Prof. Adolf Gottstein, früher Direktor der Medizinalabteilung im preußischen Volkswohlfartsministerinm, feierte das 50jährige Doktorjubiläum. — Dr. Karl Graupner, Leiter der Ohren-, Nasen- und Halsabteilung der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin, starb im Alter von 59 Jahren.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 12, 13, 15.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)
Printed in Germany

Nr. 4 1. 4. 1931

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

aus den Gebieten der

instrumentellen Technik einschl. Heil-Apparate u. Krankenmöbel, Elektromedizin, Optik, medizinische Chemie und Nährmittel, Balneologie und Bädereinrichtungen

mit besonderer Berücksichtigung der

Dauer-Ausstellung für die ärztlich-technische Industrie im Kaiserin Friedrich-Hause für das ärztliche Fortbildungswesen

Redaktion: Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" in zwangloser Folge. — Nachdruck der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, Referate jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.

Aus dem Landeskrankenhaus Carolinenstift in Neustrelitz (Direktor: Prof. Dr. Hartert).

1. Klinische Versuche mit Cholofrey.

Von

Dr. **Hans Reinicke**, Medizinalpraktikant.

Unter dem Namen Cholofrey ist ein neues Präparat zur Behandlung der Erkrankungen des Gallensystems in den Handel gebracht und speziell unserer Anstalt zur Erprobung übergeben worden.

Das Mittel enthält nach Angabe des Verfertigers neben der galletreibenden Komponente Ol. Menthae pip. vor allem auch Drogen zur Beeinflussung der dyspeptischen Beschwerden des Gallekranken. So ist im Cholofrey neben den ätherischen Ölen (Oleum Anisi, Calami, Foeniculi) auch Bismutum subnitricum, Magnesia usta und Magnesiumperoxyd enthalten. Um einem Unwirksamwerden der ätherischen Öle durch Verflüchtigung vorzubeugen, sind die Cholofreypillen mit einem besonderen Pillenüberzug versehen. Neu ist auch der Zusatz einer Resorzin-Kampferverbindung als wirkungsvolles Darmdesinfiziens. An Laxantien enthält Cholofrey außer Podophyllin, Aloe und Rhabarber, die Salze des Karlsbader Wassers. Ein Zusatz von 0,0025 Extractum belladonnae pro Pille dient als Spasmolytikum.

Wir haben Cholofrey längere Zeit an Stelle der sonstigen Cholagoga und Choleretika verwandt und haben folgenden Eindruck gewonnen:

Bei akuten Erkrankungen des Gallensystems (Cholelithiasis, Cholezystitis, Icterus catarrhalis) wirkt Cholofrey ebenso günstig wie andere Gallenmittel. Bei chronischen Gallenbeschwerden, die sich vor allem in dyspeptischen Störungen wie Appetitlosigkeit, Flatulenz und Obstipation äußern, entfaltet Cholofrey eine promptere und bessere Wirkung als die sonstigen modernen Gallensteinpräparate. Die diffusen Magen-Darmbeschwerden, die häufig nach Gallensteinoperationen zurückbleiben, werden durch Cholofrey günstig beeinflußt.

Cholofrey wurde in der üblichen Dosierung von 3 × 2 Pillen täglich stets ohne Beschwerden vertragen. Zuweilen auftretende Diarrhöen schwanden sofort nach Reduzierung auf 3 × 1 Pille.

Das Medikament wird von Apotheker Freytag, Bad Frankenhausen am Kyffhäuser in Packungen von 50 und 100 Pillen zum Preise von 1,60 M. resp. 3 M. in den Handel gebracht.

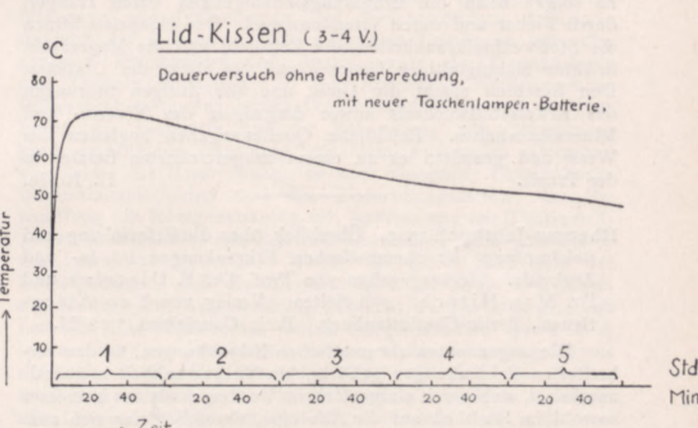
---

2. Augenheizkissen-Lid.

D.R.G.M.

Ein neuer Apparat für die Behandlung von Augenerkrankungen in allen den Fällen, die eine Wärmeapplikation verlangen, ist eine Augenklappe, in deren dem Auge zugekehrten, konkaven Stoffüberzug man einen kleinen Heizkörper eingebaut hat. Eigenartig dabei ist die zur Wärmeerzeugung benutzte Energiequelle. Man benutzt dazu eine kleine Trockenbatterie wie man sie bei den elektrischen Taschenlampen verwendet (nicht die Stabform, sondern die flache Form). — Vom unteren Zipfel der Augenklappe geht eine 70 cm lange Leitungsschnur ab, die am freien Ende mit einer Vorrichtung zum direkten Anschluß an die vorerwähnte Trockenbatterie versehen ist. Die Handhabung ist äußerst einfach. Nach erfolgtem Anschluß legt man die Klappe über das kranke Auge und empfindet schon nach ganz kurzer Zeit eine angenehme Wärme. Wenn es sich um einen männlichen Patienten handelt, so steckt er die Batterie einfach in eine Rocktasche oder Westentasche, bei Frauen dürfte sich ein Versteck in einer Kleiderfalte oder sonstwo auch leicht finden lassen.

Hersteller dieses Lidkissens ist die Firma Dr. Richard Heilbrun, Fabrik elektrischer Apparate, Berlin-Nowawes, Lindenstr. 26/28. Die beigegebene Kurve soll den Verlauf der Temperaturentwicklung im Heizkissen veranschaulichen.



Nach den von der Fabrik angestellten Versuchen soll die Temperatur schon nach $1\frac{1}{2}$ Minuten auf 50^0 ansteigen, nach 5 Minuten ca. 63^0, nach 10 Minuten 70^0 und soll nach 20 Minuten das Maximum von ca. 72^0 erreichen. Der Temperaturabfall geht sehr langsam vonstatten. Eine frische Batterie soll 5 Stunden vorhalten und am Ende noch eine Temperatur von 47^0 entwickeln.

Ref. hat das Experiment nicht wissenschaftlich nachgeprüft, aber durch praktischen Gebrauch den Eindruck gewonnen, daß die Angaben im allgemeinen zutreffend sein könnten. Man kann die Batterie dauernd eingeschaltet lassen oder die Stromzufuhr von Zeit zu Zeit unterbrechen. Letzteres wird man tun, sobald der Wärmegrad als unangenehm empfunden wird. Wenn man berücksichtigt, daß man während einer solchen Behandlung seinen Beruf ausüben, auch ins Freie gehen kann, so dürfte durch diesen Vorteil die kleine Ausgabe für den Verbrauch der Batterien gerechtfertigt erscheinen. L.

Neue Literatur.

I. Innere Medizin.

J. von Merings Lehrbuch der Inneren Medizin. Herausgegeben von L. Krehl. Sechzehnte, neubearbeitete Auflage, I. und II. Band nebst Abbildungen und Tafeln im Text. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1929. Preis brosch. 34 M., geb. 38 M

Die sechzehnte Auflage des vor 30 Jahren zuerst erschienenen Meringschen Lehrbuches, im Oktober 1929 abgeschlossen, ist völlig neu bearbeitet, von L. Krehl herausgegeben und von einer noch größeren Zahl von Mitarbeitern als früher verfaßt worden. Das groß angelegte Werk, für dessen belehrenden Inhalt die Bedeutung seiner Mitarbeiter spricht, ist hier schon so oft besprochen worden, daß es genügen wird, darauf hinzuweisen, daß es unter den Lehrbüchern der inneren Medizin, die für die Praxis in Betracht kommen, an erster Stelle steht. Der Inhalt, auf zwei mäßig starke Bände verteilt, bietet bei aller Kürze dem Arzt und Kliniker alles Wissenswerte auf dem Gebiete der inneren Medizin.

H. Rosin.

Die Krankheiten des Stoffwechsels und ihre Behandlung. Von Prof. Dr. E. Grafe, Direktor der Medizinischen und Nervenklinik der Universität Würzburg. 519 Seiten mit 34 Abbildungen und 56 Tafeln. Verlag von Julius Springer, Berlin 1931. Preis geb. 29,60 M.

Die Fortschritte der inneren Medizin im letzten Jahrzehnt, fast auf allen Organgebieten, hat sich besonders auch bei den Stoffwechselerkrankungen geltend gemacht. Damit ist auch das Interesse der Ärzteschaft gewachsen, diesen neuen Forschungen und therapeutischen Bestrebungen, besonders auf dem Gebiete des Diabetes, näherzutreten. Das vorliegende Werk trägt diesen Wünschen der Praktiker Rechnung. Schon die Vorbemerkungen über den Stoffwechsel geben in gedrängter Weise Auskunft über Zwecke und Ziele der Ernährung. Es folgen dann die Ernährungsschädigungen durch Hunger, durch Fieber und durch Vitaminmangel. Den Hauptteil bilden die Stoffwechselkrankheiten, die Fettsucht und die Magersucht in ihren mannigfaltigen Genesen und vor allem der Diabetes. Den Beschluß macht die Gicht und die übrigen Störungen des Eiweißstoffwechsels sowie diejenigen des Wasser- und Mineralhaushaltes. Reichliche Quellenangaben begleiten das Werk und gestalten es zu einem ausgezeichneten Berater in der Praxis.

H. Rosin.

Rheuma-Jahrbuch 1929. Überblick über die Erforschung und Bekämpfung der rheumatischen Erkrankungen im In- und Auslande. Herausgegeben von Prof. Dr. E. Dietrich und Dr. Max Hirsch. 236 Seiten. Verlag von Leo Alterthum, Berlin-Charlottenburg. Preis Ganzleinen 7,20 M.

Die sogenannten rheumatischen Erkrankungen, zu den verbreitesten Erkrankungen gehörig, als Volkskrankheiten überall anerkannt, stehen seit einiger Zeit im Vordergrunde des Interesses sowohl im Hinblick auf die Ätiologie, deren Schleier sich zum Teil zu lüften beginnt als in bezug auf die Behandlung, die neue Wege zu gehen sich anschickt. Es ist ein Verdienst der Herausgeber des Rheumajahrbuches, dieses ins Leben gerufen zu haben. Das erste 1929 erschienene gibt in kurzen Zügen die Grundlage des in neuerer Zeit geschaffenen Materials. Die folgenden Jahrbücher sollen dann über die Fortschritte fortlaufend berichten. Die Rheumaforschung und Rheumabekämpfung ist nicht nur eine Sache der Ärzte in erster Reihe, sondern auch der Volkswirtschaft, der Sozialversicherung und der öffentlichen Fürsorge. Es sollte in keiner Bücherei der Ärzte und Träger der Sozialversicherung fehlen.

H. Rosin.

Medizinische Praxis. Band XI. Stoffwechselkrankheiten von Dr. med. Erich Leschke, Prof. für innere Medizin an der Universität Berlin. 130 Seiten. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1930. Preis 8 M. geb. 9,50 M.

Seit langem stehen die Stoffwechselkrankheiten im Vordergrund der medizinischen Forschung. Das vorliegende Heft ist eine für den Praktiker äußerst wichtige Übersicht über die wissenschaftlich gesicherten Kenntnisse auf diesem Gebiete in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht und geben in knapper Form alles Wissenswerte, soweit es dem heutigen Stande der Forschung entspricht. In diesem Sinne wird das Buch dem Praktiker ein ausgezeichneter Wegweiser sein.

H. Rosin.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. III. Tagung, gehalten zu Dresden am 11. und 12. Juni 1930. Herausgegeben von Prof. Dr. Bruno Kisch, Köln. 150 Seiten. Mit 39 Abbildungen im Text und auf 2 Tafeln. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1930. Preis geh. 15 M.

Der Verhandlungsbericht enthält außer den beiden Hauptreferaten von Bürker über „Gesetzmäßigkeiten im erythrozytären System“ und von Lindhard „Über Verwendung der Kreislaufbestimungen in der Klinik“ eine große Anzahl Einzelvorträge verschiedener Autoren. Kreislaufsbestimmungen, physikalische und chemische Störungen der Zirkulation, auch therapeutische Bestrebungen, wurden auf der Tagung in eingehender Weise erörtert. Über alles gibt der Bericht einen ausgezeichneten Überblick.

H. Rosin.

Bücher der ärztlichen Praxis. Rheumatismus, Gicht, Ischias. Von Prof. Dr. Maximilian Sternberg, Wien. 90 Seiten. Verlag von Julius Springer, Wien und Berlin 1930. Preis 3,60 M.

Das Buch enthält eine Darstellung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen, also der schmerzhaften Erkrankungen im Bewegungsapparat. Man hat sich dieser früher etwas vernachlässigten Zustände wissenschaftlich mehr angenommen und versucht bekanntlich z. Z. in das Dunkel, das noch herrscht, Licht zu bringen. Im vorliegenden wird der bisherige Stand der Frage, hauptsächlich nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet, von einem erfahrenen Kliniker wirkungsvoll dargestellt und bietet dem Praktiker Aufklärung und praktische Anweisung.

H. Rosin.

II. Klinische Sonderfächer.

Pädiatrie in Hellas und Rom. Von Dr. Sophokles Ghinopoulo. (Jenaer medizin-historische Beiträge, Heft 13). 132 Seiten. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1930. Preis brosch. 4,50 M.

Wie Pirquet in einem kurzen Vorwort sagt, werden die hier gesammelten Daten und Vorstellungen der griechischen und römischen Ärzte das Interesse des modernen Kinderarztes finden. Nach einleitender biographischer und bibliographischer Skizze folgen in 9 Kapiteln die Erkrankungen, die Ansichten über Säuglingsernährung, die Chirurgie, Otiatrie, Ophthalmologie usw., in Form einer Aneinanderreihung der einschlägigen Bemerkungen der verschiedenen Autoren.

Finkelstein.

Die Bedeutung der richtigen Ernährung in den ersten Lebensjahren. Von Dr. med. E. Glanzmann. 31 Seiten. Polygraphischer Verlag A.-G., Zürich und Potsdam. Preis 1,20 M.

Prägnante kurze Übersicht (Antrittsvorlesung) über den heutigen Standpunkt der Physiologie der Ernährung, Charakteristik der Durst- und Nährschäden, Einfluß auf Zahnbildung, Immunität, Konstitution, Bedeutung für Blutbildung, englische Krankheit usw.

Finkelstein.

Bäder- und Kurortlehre für das Kindesalter. Von Prof. Dr. Hermann Brüning, Rostock. 295 Seiten. Mit 21 Abbildungen und 2 farbigen Karten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis geh. 20 M., geb. 22 M.

Brünings Buch bringt nach einem geschichtlichen Rückblick allgemeine Bemerkungen über die für den Kur- und Badeaufenthalt von Kindern zu berücksichtigenden Umweltsbedingungen und daran anschließend die spezielle Bäder- und Kurortlehre. Die verschiedenen Klimate werden allgemein und speziell in ihrer meteorologischen Eigenart und in ihrer Wirkung auf den kindlichen Organismus gekennzeichnet, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen werden erörtert, praktische Ratschläge über Zeit, Dauer u. dgl. werden gegeben. Es folgt ein letzter Abschnitt über die Heilquellen vom kinderärztlichem Standpunkt aus. Sehr willkommen sind die ins einzelne gehende Angaben über Lage, Einrichtungen usw. der einzelnen Kurorte und über die in ihnen verfügbaren Kinderheime. Umfassendes Literaturverzeichnis. Dem Praktiker wird durch diese Erscheinung die allgemeine und spezielle Beratung seiner reisebereiten Klienten sehr erleichtert. Finkelstein.

Die Ernährung des überempfindlichen Kindes. Von Dr. Kurt Klare, Scheidegg im Allgäu, unter Mitwirkung von Dr. Paula Klare. 44 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis geh. 1,80 M.

Allgemeine und spezielle Anleitung zur Ernährung des Kindes mit „reizbarer Konstitution", insonderheit wohl des „exsudativ" veranlagten mit dem Schwerpunkt nach der vegetarischen Seite und vernünftiger Einbeziehung der Rohkost. Finkelstein.

Das Kind und seine Pflege. Von Dr. Richard Flachs, Dresden. Sechste Auflage. 222 Seiten. Verlag von Zahn & Jaensch, Dresden. Preis Leinen 5 M.

Empfehlenswerte Darstellung vom Säuglingsalter bis in die Schulzeit hinein, mit nützlichen erziehlichen Winken. Auch die wichtigsten Krankheiten und die Krankenpflege sind berücksichtigt. Finkelstein.

Kinderärztliche Praxis. 1. Jahrgang, Heft 1. 52 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Unter der Schriftleitung von St. Engel und E. Nassau, herausgegeben von einer Reihe Pädiater besten Namens und mit einem Stabe erster Mitarbeiter tritt eine neue kinderärztliche Zeitschrift ins Leben, die beabsichtigt, dem pädiatrischen und allgemeinen Praktiker die Kenntnis alles praktisch Wichtigen und Wissenswerten zu vermitteln und ihn so über die für ihn in Frage kommenden Fortschritte der Sonderfächer auf dem Laufenden zu halten. Aufsätze klinischen, soziologischen Interesses, Umfragen über strittige Probleme, zusammenfassende Berichte, Umschau wollen diesem Zwecke dienen. Auch ein wirtschaftlicher Teil ist ins Auge gefaßt. Keine Referate, aber ausführliche Besprechung für die Praxis wichtiger Arbeiten und Bücher.

Die bisher erschienen Hefte sind vielversprechend. Das Unternehmen dürfte sich schnell durchsetzen und dadurch seine Zweckmäßigkeit erweisen. Finkelstein.

Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der kindlichen Neurose. Eine ärztlich-pädagogische Studie von Dr. Erich Benjamin. 144 Seiten. Mit 5 Abbildungen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1930. Preis 9 M.

Mehr und mehr wird sich die Kinderheilkunde der Pflicht bewußt, ihr Interesse der normalen und krankhaften Psyche der Kinder, ihrer Entwicklung und der diese bestimmenden Einflüsse und ihrer Bedeutung für den reifen Menschen zuzuwenden. Das Hauptgewicht wird auf das Alter von 2—4 Jahren gelegt, in dem sich eine kritische, der Pubertät vergleichbare Phase der seelischen Entwicklung vollzieht, deren Ablauf entscheidet ob bei entsprechender Veranlagung eine — oft genug bleibende — Neurose hervortritt. In diesem Alter wird die beginnende Einfügung in die Umwelt durch eine „Trotzperiode" gefährdet, die in Auflehnung, Regression, d. h. Rückkehr zu körperlichen und seelischen Äußerungen der Säuglingszeit und zur Abwendung (Introversion) mit körperlicher und seelischer Beschäftigung mit dem eigenen Ich in Erscheinung tritt. Bis zum 12. Jahr wird diese Phase überwunden, bald früher, bald später; aber hinter dem Trotz verbarg sich die Unsicherheit, die zur Abschließung gegen außen verleitet und deshalb treten nach dem 7. Jahre mehr und mehr die Introvertierten hervor. Jede Überwertigkeit des Ich, sei es die extrovertierte oder introvertierte, leitet sich aus der Situation der frühkindlichen Trotzperiode ab. Finkelstein.

Geschlechtskrankheiten. Von Prof. Dr. Robert Otto Stein, Wien. Zweite, erweiterte Auflage. 219 Seiten mit 33 Farbdrucktafeln nach 75 Moulagen, angefertigt von Dr. Karl Henning und Theodor Henning, sowie mit 15 Textabbildungen. Verlag von J. F. Lehmann, München 1930. Preis geb. 10 M.

Die großen Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten haben eine vollkommene Umarbeitung des bekannten Steinschen Lehrbuches notwendig gemacht. Als selbständiges Krankheitsbild ist die Lymphogranulomatosis inguinalis aufgenommen worden. Der Besprechung der modernen Gonorrhöediagnostik und Therapie (Komplementbildung, Spermakultur u. a.) ist ein weiter Spielraum geschaffen worden. Auch die neuesten Untersuchungsergebnisse bei Condyloma acuminatum, Herpes genitalis und bei Ulcus vulvae haben eine sachgemäße Darstellung gefunden. So ist ein Werk entstanden, das nicht nur als Lehrbuch dem Anfänger, sondern auch als Nachschlagewerk dem Dermatologen vortreffliche Dienste leisten wird. Die zahlreichen, instruktiven Farbdrucktafeln, welche dem Buche fast den Charakter eines Atlas verleihen, erleichtern dem Leser das Verständnis für die schwierige Materie und lassen eine besondere Empfehlung überflüssig erscheinen. R. Ledermann.

Hautkrankheiten (einschließlich Kosmetik). Von Prof. Dr. E. Meirowsky, Köln a. Rh. Ärztliche Bücherei für Fortbildung und Praxis. Bd. VIII. Fünfte verbesserte und erweiterte Auflage. Mit 37 Abbildungen. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Leipzig 1930. Preis 14,80 M.

Die fünfte besonders gut ausgestattete und mit 37 Abbildungen von Instrumenten und Krankenbildern illustrierte Auflage der bekannten Meirowskyschen Lehrbuchs trägt den neuesten Fortschritten und Anschauungen der Dermatologie und Technik Rechnung. In dem Abschnitt: Medikamentöse Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten finden auch die Diätkuren, die Kosmetik und die Behandlung von Dermatosen gastro-intestinalen Ursprungs mit dem subäqualen Darmbad eine lehrreiche Besprechung. In dem Abschnitt: Physikalische Behandlungmethoden sind die Elektrokoagulation, die Behandlung mit Röntgenstrahlen, mit Radium und mit Thorium-X-Degea in besonders anschaulicher Darstellung dem Verständnis der Leser nähergebracht. Durch das ganze Buch geht der Grundgedanke, daß die Dermatologie mit anderen Zweigen der Medizin im Zusammenhang gebracht werden muß und daß fast alle Hautkrankheiten, selbst die parasitären, ersten oder letzten Endes von krankhaften Störungen des Gesamtorganismus abhängig sind. So kann das Buch als eines der besten modernen Lehrbücher bezeichnet werden, zumal es nicht nur die Dermatotherapie berücksichtigt, sondern auch eine ausgezeichnete, wenn auch kurze, so doch erschöpfende klinische Darstellung der wichtigsten Haukrankheiten bringt. R. Ledermann.

Diagnose und Differentialdiagnose der Frauenkrankheiten. Von Prof. Dr. Walther Benthin, Königsberg i. Pr. Mit 101 Abbildungen im Text und 48 Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1930. Preis geh. 50 M., geb. 55 M.

Die erste sich ausschließlich mit der gynäkologischen Diagnostik befassende Monographie stammt von Winter. Dieses Buch ist seit 1907 vergriffen. Seit dieser Zeit hat die gynäkologische Diagnostik sehr erhebliche Fortschritte gemacht und ist durch die neueren Untersuchungsmethoden immer mehr ausgebaut worden. Wenn auch in den großen Lehrbüchern dieses Kapitel berücksichtigt wird, so doch nicht in der eingehenden Weise, wie dies in der vorliegenden Monographie geschieht. Darum ist das Buch für denjenigen, der sich in

der Erkenntnis der gynäkologischen Erkrankungen ausbilden und eingehend orientieren will, ein hervorragendes Nachschlagewerk. Besonders zu begrüßen ist es, daß auch die die Diagnose der Erkrankungen des Mastdarms und des Harnapparates eine eingehende Bearbeitung gefunden haben. Ganz besonders möchte ich auch auf die Diagnose der gynäkologischen Unfallfolgen, die forensische Diagnostik, der sexuellen Psychoneurosen, die Diagnose intra operationem und der postoperativen Erkrankungen hinweisen, deren Besprechung dem Verf. ganz besonders gut gelungen ist. Die Ausstattung des Werkes läßt nichts zu wünschen übrig. Die zahlreichen Abbildungen sind instruktiv ausgewählt und vorzüglich reproduziert. Ich bin überzeugt, daß sich das Buch einen großen Leserkreis erwerben wird. Die neueste Literatur ist in ausgiebigster Weise berücksichtigt. Abel.

III. Anatomie und Physiologie (einschl. Biologie), Physik und Chemie, Pathologische Anatomie.

Beiträge zur Histologie, Pathogenese und Einteilung der arteriosklerotischen Hirnerkrankung. Von Karl Neubürger. 118 Seiten. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1930. Preis brosch. 8 M.

Die Zeiten liegen noch nicht so lange zurück, daß ein gro ßer Teil der Beschwerden, die bei alten Leuten auftreten vielfach mit der Diagnose Arteriosklerose abgetan wurde. Die Forschungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, daß viele dieser Beschwerden auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind, und daß auch ein großer Teil der anatomischen Veränderungen die früher als Folge der Arteriosklerose angesehen wurden, ursächlich, zum mindesten nicht unmittelbar, in Zusammenhang mit dieser stehen.

Ganz besonders ist in den letzten Jahren die Frage diskutiert worden, ob ein Zusammenhang zwischen Apoplexie und Arteriosklerose besteht, inwieweit überhaupt Arteriosklerose der Gehirnarterien vorkommt, und welche klinische Bedeutung ihr zukommt. Es ist also sehr zu begrüßen, daß Neubürger in dem vorliegenden Buche in ausgezeichnet klarer Weise diese Probleme auseinandersetzt. Neubürger bringt nicht nur in knapper übersichtlicher aber doch gründlicher Weise eine Besprechung der einschlägigen Literatur, sondern gibt viel Eigenes auf Grund eigener Untersuchungen und theoretischer Erwägungen. Besonders zu begrüßen ist es, daß Neubürger seine Anschauungen jedesmal durch Besprechung einzelner charakteristischer Fälle ergänzt, dadurch wird die Anschauung wesentlich erleichtert.

Neubürger kommt zu dem Ergebnis, daß er die Arteriosklerose einteilt in zwei große Gruppen: 1. Die senile Arteriosklerose, 2. Die hypertonische Arteriosklerose.

Diese Unterschiede zwischen dem senil-arteriosklerotischen Gehirn und dem hypertonischen Gehirn erscheint dem Referenten sehr wichtig, da die beiden Krankheitsbilder sowohl klinisch wie anatomisch ganz wesentlich verschieden sind, worauf auch der Referent seit Jahren hingewiesen hat. Das Buch ist klar geschrieben und auch für den, der in der Materie nicht so bewandert ist, durchaus verständlich. Gute Abbildungen veranschaulichen die Beschreibung.

Es wäre zu wünschen, daß das Buch weite Verbreitung auch unter den praktischen Ärzten fände, damit in weiten Kreisen Klarheit über die Probleme der Arteriosklerose und Apoplexie gewonnen würde, und die Unterscheidung der so verschiedenartigen Krankheitsbilder Allgemeingut würde. R. Jaffé.

IV. Varia.

Reichsmedizinalkalender. Begründet von Dr. Paul Börner, fortgeführt von J. Schwalbe, herausgegeben von Priv.-Doz. Dr. P. Wolff in Berlin. Teil II ärztliches Handbuch und Ärzteverzeichnis. Zugleich Fortsetzung des Ärzteverzeichnisses des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Schriftleiter für die Abteilung B: Reg.-Rat Dr. Hans Dornedden in Berlin. Mit einem Geleitwort von Dr. C. Hamel, Präsident des Reichsgesundheitsamtes. 52. Jahrgang 1931. Verlag von Georg Thieme, Leipzig. Preis geb. 16 M.

Mit dem vorliegenden 52. Jahrgange des Reichsmedizinalkalenders Teil II ist zum dritten Male in seiner Leitung ein Wechsel eingetreten. Nach Börner war es Schwalbe, der den Kalender lange Jahre hindurch betreute. Er konnte beim Erscheinen des 50. Jahrganges mit Stolz darauf hinweisen, daß es gelungen sei, durch die Verschmelzung mit dem Ärzteverzeichnis des Hartmannbundes das Werk zu einem „einzigartigen" zu gestalten. Ihm stand seit dem Jahre 1926 die wertvolle Mitarbeit des Reg.-Rat Dr. Giulini zur Seite; aber beide wurden kurz nach Abschluß des 50. Jahrganges plötzlich und unerwartet hinweggerafft. Den vorliegenden Band, der zugleich den Jahrgang 1930 umfaßt, hat der Priv.-Doz. Dr. P. Wolff, einer der Nachfolger Schwalbes in der Schriftleitung der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" und der Reg.-Rat im Reichsgesundheitsamt Dr. Dornedden übernommen. Eine Reihe von wichtigen Neuerungen hat die Neuausgabe aufzuweisen. Es sind dies eine bisher nirgends vorhandene Gesamtübersicht über das ärztliche Vereinswesen, ein Verzeichnis der medizinischen Standesblätter, der Oberversicherungs- nnd Versicherungsämter, der internationalen Medizinalbehörden usw. Um das Buch möglichst zeitgemäß zu erhalten, ist beabsichtigt, im Oktober d. J. einen Nachtrag erscheinen zu lassen. Unter der neuen Leitung wird das Buch einen ebenso großen Kreis von Freunden gewinnen wie unter der alten Leitung und wird sich weiterhin als unentbehrlicher Ratgeber erweisen. A.

Schluß des redaktionellen Teils.



INSULIN SPAREND
ERFOLGREICH BEWÄHRT
FERMOCYL
TABLETTEN
HEFE-UND PANKREAS-FERMENT
BEI
AKNE, DIABETES
VIAL & UHLMANN
FRANKFURT a.M.
KURT SCHRAMM

Notizen.

Forts. von S. 4

Mitte Mai oder Juni: Reichsverband der dtsch. Landkrankenkassen in Dortmund.

8.—14. Juni: II. Internat. Hospitalkongreß in Wien (Ausstellung).

18. u. 19. Juni: Dtsch. Ärztetag in Köln.

22.—31. Juli: Kolonialärztl. Tagung in Paris.

26.—31. Juli: III. Internat. Kongreß f. Radiologie in Paris.

3.—8. Aug.: Internat. med. Kongr. über Betriebsunfälle u. Berufskrankheiten in Genf.

15.—18. Aug.: Internat. Kongr. f. Licht in Kopenhagen.

31. Aug. bis 4. Sept.: Internat. Neurologenkongreß in Bern.

9.—12. Sept.: Dtsch. u. Preuß. Medizinalbeamtenverein in Graz.

14.—19. Sept.: I. Kongr. d. internat. Ges. f. Stomatologie in Pest.

21.—23. Sept.: Dtsch. orthopäd. Ges. in Berlin.

21.—23. Sept.: Dtsch. Ges. f. Gewerbehygiene in Nürnberg.

21.—23. Sept.: Dtsch. Pharmakol. Ges. in Wien.

23.—25. Sept.: Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrh. in Wien.

Sept.: Dtsch. Verein f. öffentliche Gesundheitspflege in Breslau.

Im Herbst: Dtsch. Verein f. Volkshygiene in Kiel.

Nähere Angaben durch die ärztliche Auskunftei (medizinisches Informatinosbüro) im Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4. L.

Notizen.

Das Martin-Luther-Krankenhaus in Berlin-Schmargendorf wurde am 15. 3. eingeweiht. Es enthält 450 Betten und die modernsten Einrichtungen auch für Spezialfächer. Leiter sind Prof. Bätzner (Chirurgische Abteilung), Prof. F. Munk (Innere), Dr. Seyberth (Frauen).

Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Zellenphysiologie in Dahlem, erbaut aus Mitteln der Rockefeller-Stiftung, ist fertiggestellt. Die Leitung hat Prof. Dr. phil. et med. Otto H. Warburg, der bisher am Kaiser-Wilhelm-Institut für Biologie tätig war.

Die Deutsch-Israelitische Gemeinde in Hamburg hat, wie unser Korrespondent meldet, ihr Krankenhaus um 111 Betten erweitert.

Die Berliner medizinische Gesellschaft hat bezüglich der **Tätigkeit von Vertrauensärzten in Krankenhäusern** nachfolgende Entschließung angenommen, der auch die Berliner medizinische Fakultät beigetreten ist: „Die Berliner medizinische Gesellschaft erblickt in dem Bestreben, Vertrauensärzten der Krankenkassen die Untersuchung von Krankenhauspatienten innerhalb des Krankenhauses und die Überprüfung der getroffenen ärztlichen Anordnungen zu gestatten, nicht nur eine ernste Gefahr für den ganzen Betrieb des Krankenhauses, sondern auch eine schwere Schädigung des Kranken selbst. Wenn derartige Bestimmungen, welche weder in der Notverordnung vom 26. Juli 1930 vorgesehen, noch sachlich begründet sind, zur Durchführung kommen, dann wäre Tür und Tor unübersehbaren Konflikten geöffnet, unter denen am meisten die Kranken selbst zu leiden hätten. Die Berliner medizinische Gesellschaft hält daher diese Art der vertrauensärztlichen Tätigkeit für absolut untragbar und erhebt gegen ihre Einführung den entschiedensten Widerspruch."





Notizen.

Bad Oeynhausen hat in diesem Jahre bereits 10 000 Bäder verabfolgt. Die schwierige wirtschaftliche Lage hat den Besuch des Bades wegen der Heilkraft seiner Quellen nicht wesentlich beeinträchtigen können. Für den bedürftigen Mittelstand sind kürzlich verbilligte Pauschalkuren eingeführt worden, welche die Kurabgaben, Arztgebühren sowie Wohnung und Verpflegung einschließen. Im übrigen sind die Kurabgaben für die Dauer der Wintersaison auf die Hälfte herabgesetzt. Auch Hotels und Pensionen gestehen jetzt durchweg einen Preisnachlaß zu. Demgenüber werden sämtliche Kurmittel auch in der Vorsaison verabfolgt.

Eheberatungsstellen in Frankreich. Gegenüber der Tätigkeit der deutschen Eheberatungsstellen, die vielfach das Mißfallen der Ärzteschaft erreicht haben und von gewisser Seite direkt als Pessar-Kliniken bezeichnet worden ist, ist vielleicht ein Hinweis auf die Organisation der Eheberatungsstellen in Frankreich am Platze. Das Hygiene-Departement der Präfektur Aisne erläßt folgenden Aufruf: „Junge Leute, die Ihr heiraten wollt, seid Ihr vollkommen gesund? hofft Ihr auf ein langes und gesundes Leben? wollt Ihr schöne und gesunde Kinder? Ihr werdet es ohne Aufwendungen erfahren, wenn Ihr zu dem Arzt Eures Vertrauens geht und eine Eheberatung erbittet. Ihr seid frei in der Wahl Eures Arztes; der Arzt darf niemanden als Euch selbst über die Untersuchung berichten. Die Kosten werden von der Gemeinde übernommen. Wendet Euch an den Bürgermeister Eurer Ortschaft, der auch einen Gutschein für die Konsultation geben wird, die zweckmäßig 3 Wochen vor der Ehe stattfindet."

Rouen, die ungesündeste Stadt Frankreichs. Rouen hat einen traurigen Rekord erreicht. Es ist diejenige Stadt, in der die meisten Menschen in Frankreich gestorben sind. Auf 1000 Einwohner starben 25,25 gegen 15,10 in Paris, 17,38 in Marseille usw. Die Kindersterblichkeit von 0 bis 1 Jahr ist erschreckend hoch: 2,87 gegen 1,49 in Paris, 1,77 in Marseille.

Erweiterungsbau des Krankenhauses in Bautzen. Am 30. Januar d. J. wurde in Bautzen ein Erweiterungsbau des dortigen Krankenhauses eingeweiht, durch den vor allem die innere Abteilung stark vergrößert wurde. Gleichzeitig wurde ein neues Röntgeninstitut und eine Abteilung nach Dosquet geschaffen, die es gestattet, den Kranken, insbesondere den Fiebernden, in unmittelbarer Berührung mit der Außentemperatur zu bringen.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.